

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P.DE ENFERMERÍA**

**Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de  
depresión de los adultos mayores del C.S. Materno  
Infantil Tablada de Lurín, 2010**

**TESIS**

**Para optar el Grado Profesional de Licenciada en Enfermería**

**AUTOR**

**Kelly Yemira Francia Ruelas**

**ASESOR**

**Nancy Huamán Salazar**

**Lima-Perú**

**2011**

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LOS  
NIVELES DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS  
MAYORES DEL C.S. MATERNO  
INFANTIL TABLADA DE  
LURÍN, 2010**

A Dios, que es mi fortaleza  
y día a día ilumina mi  
camino, poniendo en mi  
vida a personas muy  
valiosas que siempre me  
apoyan.

A mis padres y a mi  
familia, por su apoyo  
incondicional, por sus  
ejemplos y enseñanzas  
para salir adelante y ser  
mejor cada día.

A todos los adultos  
mayores que son un  
ejemplo a seguir por su  
gran aporte a la sociedad,  
por su trabajo y esfuerzo.

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	iii
Índice .....	iv
Índice de tablas .....	vi
Resumen .....	vii
Presentación.....	ix

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema .....	1
B. Formulación del Problema .....	8
C. Justificación.....	8
D. Objetivos.....	9
E. Propósito.....	10
F. Marco Teórico .....	11
1. Antecedentes.....	11
2. Base Teórica.....	22
F.3. Definición Operacional de Términos .....	50
G. Variables. Operacionalización .....	50

## CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo, Nivel y Método de Estudio.....	51
---	----

B. Descripción del Área de Estudio.....	51
C. Población y Muestra.....	52
D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	53
E. Procedimiento de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos.....	55
F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.....	55
G. Consideraciones Éticas .....	56

### **CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION**

A. Resultados.....	57
B. Discusión.....	67

### **CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

A. Conclusiones.....	74
B. Limitaciones.....	76
C. Recomendaciones.....	76
Referencias bibliográficas .....	77
Bibliografía.....	83
Anexos .....	88

## INDICE DE TABLAS

### **Tabla N° 1**

Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Materno Infantil Tablada De Lurín, 2010 .....	58
---	----

### **Tabla N° 2**

Niveles de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Materno Infantil Tablada De Lurín, 2010 .....	60
---	----

### **Tabla N° 3**

Factores biológicos que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Materno Infantil Tablada De Lurín, 2010 .....	61
---	----

### **Tabla N° 4**

Factores psicológicos que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Materno Infantil Tablada De Lurín, 2010 .....	63
---	----

### **Tabla N° 5**

Factores sociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Materno Infantil Tablada De Lurín, 2010 .....	65
---	----

## **RESUMEN**

El adulto mayor atraviesa por un proceso de envejecimiento caracterizado por diversos cambios ya sea a nivel biológico, psicológico y social, los cuales presentan elementos impulsores para desencadenar la depresión, por lo que se realizó el trabajo de investigación titulado “Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010”.

El objetivo general fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal. La población estuvo constituida por 44 adultos mayores que conforman el grupo “Edad de Oro”. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage.

Los resultados evidenciaron que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1% seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima

evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

***Palabras clave:*** adulto mayor, factores biopsicosociales, influir.



## **PRESENTACION**

El adulto mayor pasa por una etapa de vida que se considera como la última, en la que generalmente, se presenta la separación de los amigos, la muerte del cónyuge, ausencia de trabajo, jubilaciones, por lo que sus ingresos disminuyen de manera considerable, lo que junto con los problemas de salud pueden tener consecuencias en la calidad de vida de dicho grupo etario.

Esta situación conlleva muchas veces a que la sociedad e incluso las familias consideren a los adultos mayores como estorbos, como seres inoperantes e incapaces de generar algún tipo de ingreso o generar alguna utilidad para la sociedad.

Muchas veces esta concepción es errónea, por tanto que los adultos mayores siguen siendo personas activas, saludables, llenas de vitalidad, que disfrutan de la tranquilidad de haber llegado a esta etapa de vida.

Debido a estadísticas de años anteriores que prevén un rápido ascenso en pocos años en esta población, surgió la necesidad de investigar acerca de cuáles son los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores, por tanto que las esferas biológica

psicológica y social forman parte de las cinco esferas del ser humano, y al existir alteración en una de ellas podría alterar en su calidad de vida.

Teniendo por objetivo general determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010.

Cuyo propósito es brindar información fidedigna y relevante de las vivencias y manifestaciones que los adultos mayores expresan de su situación actual, para que así el equipo de enfermería pueda crear, establecer, mejorar y/o ejecutar nuevas estrategias o programas dirigidos a que este grupo etario para así poder mejorar o mantener su estado de salud con niveles óptimos, así como también ayudarlos a sobrellevar su proceso de envejecimiento y fortalecer su autocuidado, siendo de gran importancia el rol de enfermería en dichas actividades.

La enfermera es una de las agentes del cuidado del adulto mayor y una de sus principales funciones es promover estilos de vida saludables para que el usuario goce de plena salud y de una buena calidad de vida.

Este trabajo de investigación presenta cuatro capítulos, el Capítulo I: Introducción, que consta del planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, y marco teórico. El Capítulo II refiere información acerca de material y métodos utilizados para realizar la

investigación; el Capítulo III acerca de Resultados y Discusión, en los que se darán a conocer los hallazgos más importantes y por último el Capítulo IV de Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente, el trabajo refiere las referencias bibliográficas la bibliografía utilizada y los anexos del investigador.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema**

Durante los últimos años se ha venido observando una disminución en la natalidad y en la mortalidad a nivel mundial, por lo que el grupo de adultos mayores ha ido incrementando progresivamente.

Dicha realidad se ve reflejada en que la población mundial adulta mayor alcanzó los 6,5 millones de personas en el año 2005. (1)

Esta realidad se evidenció en diferentes países del mundo y latinoamericanos, así tenemos a México, en el que, entre los años 2005 y 2007, el número de adultos mayores pasó de 7,9 a 8,5 millones. Su tasa de crecimiento promedio anual en ese periodo fue de 3,47%, mientras que la población total creció a un ritmo de 0,88 por ciento. (2).

Por otro lado, Chile en el año 2007 contaba con 2.005.684 personas que tenían más de 60 años, de ellos, el 56% eran mujeres (1.122.547) y el 44% hombres (883.137).

Asimismo, de acuerdo a las Perspectivas de Población Mundial de Naciones Unidas, en el 2010, Japón presentará 225 adultos mayores por cien menores de 15; Italia y Alemania alrededor de 190, lo que los lleva a ser los países de mayor envejecimiento. (3)

El Perú no escapa a esta realidad, por tanto que los datos estadísticos que presentó el Censo de 1970 en el que la población adulta mayor constituía el 5,54% del total nacional y en el año 1993 alcanzó el 6,34%. Por lo que en 23 años la población adulta mayor creció en menos de 1%.

Se calculó que para el año 2004 la población adulta mayor sería el 7,55% y para el 2025 el 13,27%, lo que significa que en los próximos 20 años esta población llegará casi a duplicarse. Del mismo modo, los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) continua del cuarto trimestre (Octubre-Diciembre, 2009) calculó que la población de 60 años y más, representan el 8,3% de la población total (7,1% son adultos de 60 a 79 años y el 1,2% son adultos de 80 años y más). (4)

Asimismo, la esperanza de vida en el Perú en 1970 era de 53 años, en el 2004 fue de 70 años y se estima que para el 2025 será de 75 años. (5)

Es por ello que, siendo el envejecimiento un proceso progresivo e irreversible para todo ser humano es necesario evaluar al adulto mayor desde una perspectiva integral, ya que en esta etapa de la vida confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales que determinarán no sólo el alargamiento de la vida sino también de la calidad de vida del mismo.

Ante tal incremento de dicha población se observa que actualmente existen albergues, centros de recreación para el adulto mayor, casas de reposo, grupos del adulto mayor en los centros de salud, entre otros. En el Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín existen adultos mayores que continuamente expresan sus preocupaciones en relación a la disminución de sus capacidades; así, se tiene que se les escucha lamentaciones, sollozos, quejas, reproches hacia ellos mismos, por ejemplo, algunos manifiestan *“Ya no veo ni escucho bien”* *“Ya no tengo ganas de nada”*

Según afirma Simmon y Campton (1998), las pérdidas son frecuentes en la población de esta edad, las pérdidas de índole físico se traducen en un decremento de las capacidades de cuidado personal, lo que muchas veces conduce a una pérdida de la independencia. Las capacidades sensoriales importantes (en particular visuales y auditivas) pueden provocar aislamiento y privación sensorial. (6)

Por otro lado, existen diversos paradigmas sociales en los cuales señalan al adulto mayor como una persona inútil, discapacitada, depresiva, entre otros. Uno de ellos es la ideología del “viejismo”, en el que la sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”, identificando esta etapa de la vida con el retiro del trabajo forzado. Considera los cambios biológicos con el inicio de la decadencia física y mental que hacen del adulto mayor un incapaz, un dependiente y un inútil social. (7).

Como es de observar, el entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar a los adultos mayores o a los “viejos”, esto hace que se perciban como seres inadaptados y que consideren su deterioro como algo malo y fatal. Esta idea interiorizada por los adultos mayores les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación. Ello se ve reflejado en algunas expresiones como: *“Ya no sirvo para nada, soy un pobre viejo inútil”* *“Me siento solo, ya estoy viejo”*

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de las personas que envejecen. Uno de ellos es la pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social. A medida que las personas envejecen se retiran del mercado laboral, ello ocurre por las leyes, por las fuertes presiones sociales y por discriminaciones en las contrataciones que niegan oportunidades de trabajo a las personas de edad avanzada. Al

interactuar con algunos de ellos manifestaron: *“Ya no puedo trabajar, no tengo ni siquiera platita para comprarme mis medicamentos, mis cositas...quisiera que alguien me ayude” “Ya no tengo familia...yo que los crié y así me pagan, se olvidaron de mí, no les importo”*

Es así, que la sociedad considera a los jubilados como cargas, lo que va en desmendo de su identidad social. Se presenta una situación de estrechez económica ya que las jubilaciones y pensiones son mucho menores a los ingresos que recibían anteriormente.

Asimismo, la mayoría de adultos mayores, durante su proceso de envejecimiento, presentan una pérdida de la autonomía, manifestada por testimonios como: *“Ya no puedo salir solo”, “No me dejan salir porque tiene miedo a que me pierda”*, lo que ocasiona una pérdida de salud y disminución en la calidad de vida.

En muchas ocasiones ésta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía; presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas, cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales, etc.



La persona adulta mayor experimenta necesidad de seguridad, pueden presentar sentimientos de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad, e incluso en varios casos depresión.

En el estudio epidemiológico metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima en el 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi se encontró que la prevalencia actual de depresión en la población adulta mayor es de 9,8%, una prevalencia mayor que la hallada en jóvenes (8,6%) y en adultos (6,6%). (8)

La depresión en el adulto mayor es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud. Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del adulto mayor y de la considerable disminución de su calidad de vida. (9)

Es así que una de las graves consecuencias de la depresión en los adultos mayores es el suicidio. El adulto mayor se siente tan desesperado, inútil, una carga social, se ve perdido, sin razones por las cuales seguir viviendo y por lo que no encuentra otra salida más que la muerte. En Lima, el año 2002 se encontró que el 12,2% de adultos mayores presentó consideraciones o pensamientos suicidas, mientras que el 0,3% presentó algún intento suicida. (8).

Al respecto, O' Connell H., Chin A., Cunningham C., exponen que los adultos mayores presentan mayor riesgo de cometer suicidio que cualquier otro grupo etario. A pesar de ello, el tema recibe escasa atención, las medidas preventivas, las investigaciones médicas y el interés de los medios de comunicación se orientan hacia grupos más jóvenes. La evidencia indica que entre 71% y 95% de los ancianos que se suicidan sufren alguna patología psiquiátrica, comúnmente depresión (83%). (10). Así como manifestaron: “Para qué seguir viviendo” “Ya no quiero vivir” “Lo mejor sería morirme”.

Es por ello que es necesaria la presencia de para poder actuar de manera oportuna, rápida y continua. Enfermería brinda un cuidado holístico a la persona, familia y comunidad, abarca todos los grupos etarios sin discriminar alguno, atendiendo a la persona en cada una de sus etapas de vida. Tiene como fin brindar un cuidado de calidad y calidez, buscando la satisfacción del paciente, llevándolo a una autonomía en el que él mismo sea participe de su cambio, así como mejorar, recuperar y mantener su salud.

El rol de la enfermera es de suma importancia en el cuidado del adulto mayor ya que son un grupo de mayor susceptibilidad ante los inevitables cambios por los que se atraviesan en esta etapa del ciclo de vida, para ayudarlos a adaptarse y aprender a afrontar las dificultades por las que atravesarán, para que no caigan en depresión y puedan aceptar y saber aprovechar su proceso de envejecimiento.

## **B. Formulación del Problema**

Se formuló la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín en el año 2010?

## **C. Justificación**

Los factores biopsicosociales que influyen en la depresión de los adultos mayores son los cambios biológicos propios del proceso de envejecimiento y los cambios psicológicos y sociales, tales como los cambios cognitivos (alteraciones en la memoria, alteraciones afectivas, rendimiento intelectual) y los diversos paradigmas que imperan en la sociedad acerca de los adultos mayores, que perjudican la salud de dicha población y afectan la calidad de vida que todo ser humano tiene derecho a gozar.

Los adultos mayores son un grupo humano susceptible a sufrir depresión por las disfuncionalidades y desgaste de órganos por las que se atraviesan en el proceso de envejecimiento, por las características de la actual sociedad, que no los acepta como una población activa y con derechos, haciendo que se sientan inútiles, incapaces, con baja autoestima y desdichados por llegar a esta etapa de la vida.

La depresión altera la mayoría de las esferas del ser humano, principalmente la esfera biológica, psicológica y social, es por ello que es necesario, a través de las vivencias y manifestaciones de los adultos mayores, identificar cuáles son aquellos factores que influyen a que se presente la depresión.

Este problema requiere la intervención de en Enfermería y del equipo multidisciplinario de salud, donde la enfermera es la encargada de la detección oportuna y precoz de posibles alteraciones que puedan afectar el nivel de satisfacción o grado de bienestar de este grupo etario, brindando cuidado con calidad y calidez para contribuir en el mantenimiento de la salud de la población.

#### **D. Objetivos**

##### **Objetivo General**

- Determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín en el año 2010.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar el nivel de depresión de los adultos mayores.
2. Identificar los factores biológicos que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores.
3. Identificar los factores psicológicos que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores.
4. Identificar los factores sociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores.

### **E. Propósito**

Brindar información fidedigna y relevante de las vivencias y manifestaciones que los mismos adultos mayores expresan acerca de su situación actual para que así el equipo de enfermería pueda crear, establecer y/o ejecutar nuevas estrategias o programas dirigidos a que este grupo etario alcance la calidad de vida que todo ser humano merece.

Es necesario introducirlos en la sociedad para que sean partícipes de su autocuidado. Promover estilos de vida saludables y ayudarlos a aceptar, afrontar y adaptarse a los cambios inevitables del proceso de envejecimiento y puedan gozar de felicidad y sentirse bien consigo mismos y con su entorno.

## **F. Marco Teórico**

### **F.1. Antecedentes**

#### **En el ámbito nacional**

Rivas R. 2008. Percepción del proceso de envejecimiento que tienen los pacientes adultos mayores que acuden a la atención en consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Dos de Mayo, Diciembre.2008. Realizada en Lima, Perú. El objetivo general fue determinar cuál es la percepción del proceso de envejecimiento que tiene los adultos mayores, y sus objetivos específicos, identificar la percepción del proceso de envejecimiento que tiene los adultos mayores sobre sus cambios físicos-orgánicos, psicológicos y sociales.

Estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo de corte transversal. La población fue 193 adultos mayores de ambos sexos, de 60 a más años de edad, con una muestra de 64 adultos mayores, recolectada por muestreo no probabilístico por conveniencia. La técnica fue la encuesta-entrevista y el instrumento una escala tipo Likert modificada.

Se encontró que del 100% (64) de adultos mayores, el 54,7% (35) presentaron una percepción medianamente favorable respecto al proceso de envejecimiento, mientras las percepciones favorable y desfavorable obtuvieron un 23,4% (15) y 21,9% (14) respectivamente. Concluyéndose que los pacientes

adultos mayores presentan una percepción medianamente favorable sobre su proceso de envejecimiento, lo que significa que este grupo acepta parcialmente los cambios físicos-orgánicos, psicológicos y sociales, es decir, todavía se sienten y se aceptan a sí mismos como valiosos, autónomos y útiles para los demás. (11)

Vásquez, S. 2008. Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriatría. Objetivo general: determinar el perfil epidemiológico del paciente anciano que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Objetivos específicos: determinar el estado cognitivo y la prevalencia de demencia, y determinar la presencia de síntomas depresivos.

Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. La población fueron los pacientes asegurados mayores de 60 años que acudían al servicio de Geriatría, unida al Hospital de Día del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de ESSALUD, durante Agosto 2000 a Mayo 2003. La metodología fue la revisión de todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la unidad. Los resultados encontrados fueron:

- Los síntomas más frecuentes fueron los trastornos de la marcha (56,3%), deprivación sensorial auditiva (53,8%), deprivación sensorial visual (48,8%), estreñimiento (42,5%), deterioro cognitivo (41,3%), trastorno del sueño (41,2%) y depresión (38,8%).

- En relación a las características cognitivas y emocionales, 78 pacientes no tuvieron deterioro cognitivo (48,8%), a 50 pacientes se les encontró deterioro cognitivo leve (31,3%) y tuvieron deterioro cognitivo moderado y severo 32 pacientes (20%).
- Según la escala de depresión de Yesavage, 90 pacientes no tuvieron depresión al ingreso, 40 pacientes tenían depresión leve-moderada y 30 pacientes (18,8%) tenían depresión severa.
- Al relacionar grupo etario con los que tenían algún tipo de depresión, según Yesavage, se encontró que el grupo etario de 60 a 70 años (33,33%) tenían depresión leve-moderada y 20% depresión severa; en el grupo de 71 a 80 años, el 24% tenían depresión leve-moderada y 19% depresión severa, y el grupo etario de mayores de 80 años, 22% tuvieron depresión leve-moderada y 17,39% depresión severa.
- Al relacionar género y algún grado de depresión, según Yesavage, se encontró que 45% de los varones y 55% de las mujeres tenían depresión leve-moderada; 46% de los varones y 53% de las mujeres tenían depresión severa.

Las conclusiones a las que llegaron fueron:



- La edad promedio fue 76 años, con predominio del sexo masculino y con estado civil predominante de mujeres casadas.
- El mayor porcentaje de pacientes fueron de la unidad de geriatría de agudos y la mayoría tenía apoyo social.
- Existió elevada prevalencia de deterioro sensorial, siendo el mayor el auditivo. Los pacientes estudiados tenían alta prevalencia de depresión y algún grado de deterioro cognitivo. (12)

Bullón, C. 2005. Percepción del adulto mayor respecto a la muerte. Albergue Central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro. Octubre-Noviembre, 2005. Realizado en el Perú. Cuyo objetivo fue determinar la percepción del adulto mayor con respecto a la muerte según la frecuencia, tipo de visitas y en relación a su significado, sentimientos y el proceso de preparación y aceptación a la misma. Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. La muestra fue 20 adultos mayores de ambos sexos, comprendidos entre 70 y 90 años.

La técnica fue la entrevista, los instrumentos fueron la escala tipo Likert adoptado y la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. Resultados: mayor porcentaje de adultos mayores (85%) tiene una percepción con tendencia favorable frente a la muerte, ya que van aceptándola paulatinamente, siendo esta a su vez influenciada por diversos factores (tiempo, realidad

personal de cada individuo y el apoyo de su entorno). El 40% de los adultos mayores reciben visitas mensuales y el 60% de las visitas son realizadas por familiares cercanos, es por ello que consideran de gran importancia la compañía durante la muerte, ya que la idea de verse solos y la presencia de dolor les genera temor y miedo (13).

Roldán, A. 2007. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007. Realizado en Perú. Objetivo: comprender las vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares. Estudio de tipo cualitativo, descriptivo. Muestra: 19 personas adultas mayores, obtenida a través del muestreo no probabilístico intencionado por saturación. Técnica: entrevista a profundidad.

Se encontró que entre las vivencias del adulto mayor, éste es consciente de la etapa de vida por la que atraviesa y que, a pesar de los malos tratos recibidos por parte de sus familiares, éstos no sienten ningún tipo de rencor hacia ellos, por el contrario, crean excusas tratando de entender los motivos por los cuales sus familiares actúan de aquella manera; y que en la mayoría de los casos es por falta de dinero que sus familiares no están con ellos. En cada uno de sus pensamientos y/o actos está presente Dios, a quien se aferran y piden a diario ayuda para seguir adelante. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

- Las vivencias que experimentan las personas de la tercera edad que se encuentran en una situación de abandono reflejan la falta de cohesión

en la cual la sociedad, y su unidad fundamental, la familia, se encuentran.

- La etapa de vida por la que atraviesan las personas adultas mayores los hace ser protagonistas de muchos cambios por los que tienen que atravesar, y que son, en algunos casos, aquellas experiencias negativas las que perjudican su estado de salud y/o emocional.
- Pese a ello, el envejecimiento también puede ser sobrellevado de una manera agradable y grata al lograr tener algún tipo de motivación.
- Al ser considerados como “población no productiva”, las personas de la tercera edad no son capaces de encontrar una actividad que les brinde un tipo de ingreso económico y se dedican a pedir limosnas en las calles de la ciudad para, de alguna u otra manera, conseguir lo mínimo y así poder solventar sus mínimos gastos. (14)

### **En el ámbito internacional**

A nivel internacional se encontró los siguientes trabajos:

Oquendo, M. y Soubllet, O. 1999. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? Realizado en el hogar del adulto mayor Lazo de la Vega, de Ciudad de La Habana, Cuba. El hogar cuenta con servicios sociales de semiinternado, plan de ayuda al anciano solo, casa de

abuelo y ancianos institucionalizados. Objetivo: valorar si la depresión es un problema de salud en esta población.

Estudio descriptivo y transversal. Universo: 87 adultos mayores pertenecientes al sexo masculino en el hogar Lazo de la Vega; 7 ancianos semiinternos de los cuales 2 pertenecían al sexo femenino, 10 adultos mayores de la casa de abuelos, de ambos sexos más 11 ancianos que pertenecían al plan de ayuda al anciano solo, también de ambos sexos. Muestra: 71 adultos mayores, a los cuales mediante el método aleatorio simple se les aplicó la prueba de escala de depresión geriátrica.

Los resultados fueron que se comprobó que la depresión es un problema en esta población al ocupar un lugar importante como problema de salud. El 100 % de los ancianos que pertenecen al plan de ayuda al anciano solo presentaron depresión en menor o en mayor grado. La causa de depresión que predominó fundamentalmente, en los ancianos semiinternos, casas de abuelo y del plan de ayuda al anciano solo fue la social; no así en los ancianos internos, que la causa más frecuente fue la biológica.

Según el tipo de régimen, los ancianos del plan de ayuda al anciano solo fueron los que presentaron mayores problemas. Se demostró que las intervenciones de enfermería elevaron la calidad de vida de los adultos mayores no sólo con el fin de darle años a la vida sino de darle vida a los años.

Las conclusiones fueron que de acuerdo con la prueba de depresión geriátrica se pudo precisar que el mayor número de ancianos con depresión estaba en el grupo del plan de atención al anciano solo, ya que el 100 % presentó depresión de mayor a menor grado. Asimismo, la causa de depresión fundamental fue la social en los grupos de semiinternos, plan de ayuda al anciano solo y en la casa de abuelo; en el grupo de los ancianos internos la causa más frecuente fue la biológica. Los diagnósticos y las intervenciones de enfermería jugaron un papel determinante en esta afección al brindar cuidados individualizados y personalizados (15).

Zavala, M., Vidal, D. Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. 2006. Funcionamiento social del adulto mayor. Realizado en Concepción, Chile. Objetivos: conocer el funcionamiento social de los adultos mayores de la comuna de Concepción según algunas dimensiones psicosocioculturales y familiares que lo caracterizan (roles sociales, autoestima y percepción de funcionamiento familiar) y contrastar el autorreporte del funcionamiento social del adulto mayor y la percepción de funcionamiento que tiene de él, un cuidador, a través de la medición del Groningen.

Estudio descriptivo relacional. La técnica fue el survey social. Se incluyó a 300 ancianos y sus cuidadores familiares, de los consultorios de atención primaria de Concepción. Se aplicó una encuesta en domicilio, con tres escalas: Groningen Social Disabilities Schedule; Escala de Funcionamiento

Familiar de Smilkeinstein y el Test de Autoestima de Rosenberg. (16). Los resultados fueron:

- Se encontró que un 51% de los ancianos reportan una alta autoestima. La percepción de funcionamiento familiar de éstos se ubica en un 84%, lo que corresponde a la más alta categoría de esta variable.
- No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la evaluación de la percepción de funcionamiento social, entre la autoevaluación del anciano y la evaluación que hace el cuidador respecto del anciano.
- Respecto a la relación entre las mediciones del autorreporte de funcionamiento social y la escala de autoestima, se encontró una correlación positiva, a mejor funcionamiento social obtenido del autorreporte, mayor autoestima. Lo mismo ocurre entre las variables autorreporte de funcionamiento social y la escala de percepción de funcionamiento familiar-Apgar.

Se concluyó que los ancianos inscritos en el Programa del Adulto Mayor de los Consultorios de Atención Primaria responden al siguiente perfil:

- 75% de ellos son del sexo femenino

- El 48,3% se distribuyen entre las edades de 70 a 79 años, destacándose un 22,6% de 80 y más años, y un 3% de más de 90 años.
- El 50% de ellos son casados, manteniéndose un 10% del grupo en la categoría solteros.
- Su escolaridad es baja, un 65% no tiene escolaridad o tiene enseñanza básica incompleta.
- El 70,6% de ellos se declaran católicos.
- Respecto de las variables socioeconómicas de los ancianos se puede destacar que: el mayor porcentaje se ubica en la categoría de jubilados, con un 38%.
- La mayor frecuencia de los ancianos se ubica en la categoría alta autoestima con un 52,6%, sólo un 2,6% se ubica en la categoría baja autoestima. Este resultado tiene correlación con el puntaje Groningen, mientras el anciano se percibe con una alta autoestima, mejor es también su autorreporte en funcionamiento social.
- Respecto de la percepción de funcionamiento familiar, un 84,3% califica en la categoría “alto”, es decir, percibe como altamente positivo el funcionamiento de su familia. Este resultado es también coincidente con el autorreporte en funcionamiento social, a mejor percepción de

funcionamiento familiar social informado, mejor desempeño en funcionamiento social.

- Al contrastar el autorreporte del adulto mayor y la percepción que de él tiene su cuidador, respecto de funcionamiento social, los resultados permiten afirmar que existe una alta correlación entre ambas mediciones, 74%.

Dichas investigaciones, tanto a nivel nacional como internacional son de suma importancia ya que son fuente primaria que confinan información relevante acerca de la situación del adulto mayor y de factores físico-orgánicos, psicológicos y/sociales que influyen en el proceso de envejecimiento, la percepción que tienen hacia la muerte, así como también las vivencias que ellos mismos manifiestan acerca del abandono de sus familiares, y la percepción que tienen acerca de su funcionamiento social y que pueden influir a que el adulto mayor presente depresión en algún momento de su proceso de envejecimiento.



## **F.2. Base Teórica**

### **2.1. Situación actual del adulto mayor**

Según el Censo de Población y Vivienda del año 2007, la población a nivel nacional es 28'220,764 personas, con una tasa de crecimiento promedio anual del orden de 1.6%; analizando los datos por grupos de edad, 2'495,866 son personas de 60 y más años, representando el 9.1% de la población nacional, y con una tasa de crecimiento anual de 3.4%.

La proporción de la población de 65 y más años de edad, aumentó en los últimos 14 años, al pasar de 1 millón 26 mil 119 personas (4,7%) en 1993 a 1 millón 764 mil 687 personas (6,4%) en el 2007.

Entre los departamentos con más altos porcentajes de población adulta figura Áncash (7,7%) y Apurímac (7,5%), y entre los de menor proporción, Madre de Dios (2,6%) y Ucayali (3,7%).

Asimismo, se observa que el grupo de mujeres de 65 y más años de edad se ha incrementado de 4,9% (538 960) en 1993 a 6,7% (919 744) en el 2007, de igual manera el grupo de 65 y más años de edad, pasó de 4,4% (487 159) en 1993 a 6,2% (844 943) en el 2007.

Los datos indican que la población adulta mayor asciende a 2 millones 495 mil 643. En términos porcentuales, la población infantil y los jóvenes

representan más de la mitad de la población censada (58,0%) y los adultos mayores representan el 9,1%.

En los últimos 35 años la población de 60 y más años se ha triplicado aumentando en aproximadamente en 1 millón 700 mil personas. Mientras que la población en su conjunto ha crecido en ese período con una tasa promedio anual en 2,0%, los mayores de 60 años presentan una mayor velocidad de crecimiento (3,3% anual). Pero el proceso es aún más dinámico en el grupo de los más longevos. El ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años es cerca de dos veces que la del conjunto de la población peruana. De 114 mil 445 habitantes que registró el Censo de 1972, ha pasado a 388 mil 388 personas en este último censo.

Asimismo, se obtuvo que del total de población en edad de trabajar, el 10,4% de 50 a 59 años y el 12,7% tiene 60 y más años de edad.

Otro grupo de edad en importancia para la participación en la actividad económica de hombres y mujeres es el de 50 a 59 años, grupo etario en el que participa el 61,5% de la población. (11)

## **2.2. Proceso de envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, continuo, dinámico, irreversible, declinante, intrínseco y heterogéneo e individual. (10). Hasta el momento es inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. (7)(17)(18)

Es universal porque es propio de todos los seres vivos, progresivo porque es un proceso acumulativo, continuo porque tiene un inicio y un final, dinámico porque está en constante cambio y evolución, irreversible ya que no puede detenerse ni revertirse, es definitivo; intrínseco puesto que ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales, y heterogéneo e individual porque no sigue un patrón establecido, cada especie tiene su propia característica de envejecer y varía enormemente de sujeto a sujeto. (7)

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento. (7)

Envejecer probablemente sea la consecuencia de una serie de factores, internos y externos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo y determinan finalmente un debilitamiento del equilibrio que termina con la muerte. (7)

El proceso del envejecimiento se trata de explicar a través de muchas teorías, dentro de ellas podemos mencionar la Teoría del Envejecimiento Programado, según la cual los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada órgano.

Para la Teoría del Desgaste Natural, a su vez se envejece debido al uso continuo. La Teoría Inmunológica, considera que a través de los años hay disminución de la respuesta inmune ante los antígenos externos, y paradójicamente un aumento a los propios.

La Teoría de los Radicales Libres explica que en el envejecimiento hay una lesión irreversible en la célula. La Teoría Sistémica, describe al envejecimiento como el deterioro de la función del sistema neuroendócrino, y las Teorías Genéticas, que son las que más se acercan a la intimidad del proceso del envejecimiento, sostienen que en el ciclo de réplica celular se pierde una pequeña porción de ADN hasta provocar la muerte de la célula. (7).

En el proceso de envejecimiento se evidencian cambios, tanto a nivel biológico, psicológico y social.

### **2.3. Factores biopsicosociales que influyen en la depresión del adulto**

**mayor:** Son aquellos elementos de carácter biológico, psicológico y social que caracteriza al entorno próximo del adulto mayor, cuya presencia puede ocasionar respuestas en la conducta, a través de la interacción de fuerzas biológicas y psicológicas internas y las influencias sociales externas. (19)

La perspectiva psicosocial centra su atención en la forma en que los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, cómo buscan respuestas a los problemas que se les presentan y cómo aceptan y asumen pérdidas y frustraciones. (18)

Se considera que un adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un grado de adaptación adecuado y de satisfacción personal.

#### **2.3.1. Factores biológicos:**

- **Cambios biológicos:** con el pasar de los años, el organismo sufre diversas alteraciones en cuanto a la anatomía general, disfunciones o pérdida en los órganos de los sentidos y diversos cambios en los sistemas, que pueden ocasionar en los adultos mayores enfermedades crónicas o degenerativas. (7). Entre ellos tenemos:

- Anatomía general: generalmente a partir de los 40 años la estatura disminuye; esta pérdida es más acentuada en las mujeres, evidenciada por los cambios en la postura del cuerpo, disminución de la altura de las vértebras, el encorvamiento de la columna, caderas y piernas que se arquean. También el peso disminuye a partir de los 50 años y en un 20% el tejido graso.
- Piel, uñas y cabello: la piel se hace más delgada por la disminución del tejido graso, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica “arrugada” y toma un tinte amarillento; presenta depresiones irregulares, pierde su color normal y existe tendencia a los cambios premalignos. Se produce la pérdida de cabello y la aparición de las canas.
- Sistema muscular y el esqueleto óseo: entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida se acelera con la edad. Asimismo disminuye la fuerza muscular y las capacidades de movimiento y respuesta rápida, y las de reparación o cicatrización de músculos, tendones y ligamentos. La capacidad para formar tejido óseo disminuye, reduciéndose por el contrario el grosor y la masa de los huesos, pues se produce la pérdida

de calcio en los de la cadera (osteoporosis), del muslo y en las vértebras. (6)

- Sistema nervioso: el peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20% produciéndose alteraciones y disminución de la síntesis de neurotransmisores.
- Oído y audición: en el oído externo se produce acumulación del cerumen, que dificulta la audición. Hay adelgazamiento del tímpano y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción de los sonidos.
- Ojo y visión: la pupila pierde su tamaño y el iris disminuye su capacidad de acomodación. Frecuentemente aparecen cataratas. A nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos, produciéndose pérdida de la agudeza visual con los años.
- Sistema hormonal: con respecto a la glucosa e insulina se observa una mayor resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, lo que puede condicionar niveles altos de glucosa en sangre y, por tanto, diabetes. También

disminuye la secreción de glucocorticoides, lo que provoca la pérdida de la capacidad para tolerar el estrés.

- Sistema inmunológico: las defensas inmunológicas presentan cambios por la reducción de las células encargadas de la defensa y la reducción de la respuesta mediante anticuerpos, con una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas.
- Sistema cardiovascular: en este sistema es sumamente difícil diferenciar entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. El músculo cardíaco se llena de grasa, se incrementa el colágeno y por ende, rigidez de las cavidades del corazón, alterando el ritmo cardíaco y disminuyendo su fuerza.
- Sistema respiratorio: la concentración de oxígeno en sangre disminuye, debido a que se reduce la capacidad de la caja torácica para expandirse. Aumenta la secreción mucosa de la pared bronquial, por la disminución de la capacidad respiratoria hasta un 30% a los 80 años.



- Sistema gastrointestinal: existe disminución del tono del esfínter y musculatura del esófago, por ello existe disminución de la deglución, inadecuada relajación del esófago y la digestión se hace lenta, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento. También se presenta disminución del peristaltismo, la flatulencia y el dolor abdominal. Se altera la absorción del hierro, de calcio, de grasa, de proteínas, de vitamina B12 y de ácido fólico.
- Sistema genitourinario: disminución de la velocidad de filtración, por lo que se presenta aumento de la urea y creatinina en sangre. Por esclerosis de vasos renales, se es más susceptible al deterioro de la función renal y reducción de la fuerza de chorro, por lo que ocurre incontinencia urinaria. También presentan retención urinaria, con aumento de la susceptibilidad a infecciones. En la mujer existe atrofia genital con estenosis de vagina, menos elasticidad y lubricación, produciendo dolor en las relaciones sexuales. También disminuye la acidez de las secreciones vaginales, que propicia las infecciones, y se debilita la musculatura pélvica, produciendo prolapso uterino con incontinencia urinaria. Se atrofia el tejido mamario. En el varón existe atrofia testicular con espermatozoides menos viables y en menor

volumen, demora la erección y la eyaculación, y hay menos sensibilidad peneana.

- Enfermedades crónico-degenerativas: aumentan el riesgo de depresión en el adulto mayor hasta cerca de tres veces. (14). Investigaciones científicas han demostrado que algunas enfermedades físicas pueden producir problemas de salud mental. Enfermedades como accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, los ataques de corazón, el cáncer y otras enfermedades crónicas como la tuberculosis, pueden conducir también a enfermedades depresivas. (18) (21) (22)
- Cambios en la estructura cerebral, disregulación de los mensajeros químicos, los mecanismos de retroalimentación hormonal. (21). Se postula la hipótesis del cerebro añoso, observando que además de los cambios anatómicos que se producen en el sistema nervioso central, se producen cambios neuroquímicos.

Se cree que las alteraciones en los neurotransmisores noradrenalina y serotonina contribuyen a los trastornos del estado de ánimo. (22). Los niveles elevados de cortisona, los cambios en los niveles de estrógenos y prolactina en las mujeres y las funciones en la función tiroidea, entre otros factores endocrinos, se asocian con cambios en el comportamiento y síntomas depresivos. (20) (21).

- Disfunciones sensoriales: en particular las visuales y auditivas, pueden ocasionar aislamiento y privación sensorial. Es posible que ambas participen en el desarrollo de la depresión. Las pérdidas de índole físico se traducen en un decremento en las capacidades de cuidado personal, lo que muchas veces conduce a una pérdida de la independencia. Asimismo se presentan limitaciones de movilidad, dificultades en la masticación y disminución de la libido. (21)
- El haber presentado un episodio depresivo previo también influye en la aparición de uno nuevo. Así como también los antecedentes familiares (predisposición genética). (21)

**2.3.2. Factores psicológicos:** entre ellos se encuentran las alteraciones en la memoria y en los procesos intelectuales, y alteraciones de los estados de ánimo como el sentimiento de soledad, sentimiento de inutilidad, la pérdida de la memoria, autoestima baja, sentimiento de impotencia, entre otros.

Los adultos mayores experimentan la pérdida de memoria, no sólo porque de pronto son incapaces de recordar una cara o un nombre, sino también porque les resulta más difícil retener nuevas informaciones, nuevos datos, nuevas caras.

Estos supuestos se basan en las teorías de los modelos de procesamiento, las cuales plantean que la memoria humana se organiza según una secuencia de “almacenamiento” (memoria sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo), en cada uno de los cuales pueden producirse distintas clases de déficit. El deterioro es progresivamente mayor a medida que aumenta la edad y según se complican las tareas.

Paralelamente a las deficiencias que se producen en la memoria, en la medida que se envejece, surge una declinación de las habilidades y funciones que componían la inteligencia. Wechsler, afirma que la inteligencia declina con la edad y este descenso es sistemático y más o menos lineal después de los 30 años. Además, indican que con la edad no se pierden las habilidades intelectuales adquiridas a lo largo de la vida. (18)

Si se tienen en cuenta tanto la frecuencia como las diferentes pérdidas afectivas que se producen en la vejez, no es extraño que la depresión sea el trastorno mental más habitual en los ancianos.

La aparición de trastornos y discapacidades físicas es también más frecuente en la vejez, lo que suele tener consecuencias afectivas negativas. La presencia de alteraciones disminuye las posibilidades de autonomía funcional, incrementa las necesidades de dependencia, y, al mismo tiempo, fomenta el aislamiento social, con la consiguiente pérdida de oportunidades para obtener las gratificaciones o refuerzos propios de la interacción social. (18)

**2.3.3. Factores sociales:** entre ellos se encuentran la pérdida del cónyuge, los sentimientos de soledad frente a la ausencia de la pareja o trabajo, la jubilación y las dificultades económicas, sentimientos de inutilidad ante la sociedad, la falta de reconocimiento social, los problemas en las relaciones sociales tales como las humillaciones o discriminaciones, la pérdida de memoria y de otras funciones intelectuales (demencia), el alejamiento de los hijos o de los contactos próximos, la amenaza de pérdida (como en caso de una discusión con el hijo o de enfermedad del cónyuge), la violencia familiar, el autoestima de los adultos mayores, impotencia en las relaciones sexuales. (18) (21) (22).

En la sociedad contemporánea, junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen. Algunos de ellos son:

- Respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento:  
En torno a los cambios biológicos del modelo médico tradicional, se concibe la vejez como déficit y de involución, acentuando la percepción de que se trata de un proceso degenerativo. Asimismo, tiende a equiparar vejez con discapacidad. Esto conduce a la persona adulta mayor a adoptar una actitud fatalista de desánimo y temor frente a una situación que se define como decadencia inexorable. (18)

- Pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social: El llegar a ser adultos mayores significa para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilaciones bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo. Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles. Estos cambios producen un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, por la pérdida de identificación dentro de la sociedad. Sienten que “no son nadie” y pierden su sociabilidad. (7). (18)

Los jubilados son considerados una carga para la sociedad, lo que va en desmendo de su identidad social. El retirarse de su trabajo les produce una estrechez económica, debido a que las jubilaciones y pensiones son mucho menores que los ingresos provenientes de las remuneraciones que antes recibían.

El impacto psicológico que causa el retiro del trabajo pesa más sobre los varones, para quienes quedarse en casa significa constituirse en un estorbo para los demás, no tener nada qué hacer, aburrirse y autodesvalorizarse como individuos. (18)

- La ideología del “viejismo” y la desvalorización social de la vejez: Considera a la vejez como una etapa de decadencia física y mental,

y proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez. Esto repercute en el anciano, ya que al hacer suyas las ideas mencionadas, acaban por percibirse a sí mismos en esos términos. (7). (18)

- La ausencia de un rol social: Actualmente, la sociedad no ha definido un conjunto de actividades para las personas que se retiran del trabajo, es por ello que se crean sentimientos de aburrimiento y sensación de inutilidad. Si la sociedad estableciera el conjunto de actividades que serían específicas para los adultos mayores en cuyo desempeño estos podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social, de existir estas definiciones, ellas habrían contrarrestado los contenidos negativos de la ideología del “viejismo” y habrían influido positivamente en la percepción social de los adultos mayores y en su autoestima. (7) (18)

Como las actividades de los adultos mayores no han sido definidas en el nivel sociocultural, deben ser especificadas por cada individuo en particular. Cada uno debe buscar qué hacer, debe crearse una rutina de tareas que sean valiosas para ellos, pero sin tener ninguna garantía de que sean reconocidas socialmente.

En resumen, todas las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades a las personas que envejecen y restringen las oportunidades

de desarrollar sus potencialidades, coactándose la iniciativa y posibilidad de controlar su vida y ejercerla plenamente. Por lo que los adultos mayores deben adaptarse a adecuadamente a esta crisis de desarrollo con la finalidad de alcanzar en envejecimiento satisfactorio y saludable hasta donde humanamente sea posible.

## **2.4. Depresión en el adulto mayor**

### **2.4.1. Definición**

Un trastorno depresivo es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo (humor), por lo que también se le conoce como trastorno del humor o trastorno afectivo. Algunas personas comienzan a tener un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con su acostumbrado rendimiento social. Cuando esto ocurre, y de acuerdo con las características que presentan las personas, es posible que ya no se trate de una simple variación del estado anímico, sino de un episodio depresivo. Los trastornos depresivos causan dolor y sufrimiento. (23).

Lamentablemente, una gran mayoría de personas afectadas por depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado.



La depresión es definida como un trastorno del estado de ánimo (afecto). El estado ánimo depresivo se denomina también disforia y se define como la pérdida de interés o placer por las actividades y pasatiempos habituales. Se clasifica como trastorno funcional y puede producirse a cualquier edad. (20)

Según la OPS (1994), la depresión es un desorden mental caracterizado por disturbio primario del humor, agudo, crónico o recidivante. Variados síndromes depresivos ocurren en el adulto mayor, resultantes de la interacción de múltiples enfermedades médicas, enfermedades neuropsiquiátricas y factores psicosociales. (18).

Por otro lado, Kennedy, Colin y Weisser (1998) hacen referencia que la depresión es una enfermedad que tiene un impacto profundo en la calidad de vida de una persona, en su habilidad de trabajar y en su felicidad general. Es una enfermedad que se desarrolla lentamente y en cuestión de semanas puede convertirse en un problema serio y doloroso. La mayoría de personas que sufren depresión lo hacen de manera leve o moderada. La depresión leve puede durar unos cuantos meses y puede desaparecer por sí misma. Una vez que una persona sufre de depresión, su riesgo de sufrir otra es más elevado durante los primeros seis meses después del primer episodio depresivo. (24)

El CEI-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar,

aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. (25)

La depresión severa es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, y pensamiento y movimientos ya sea lentos o agitados. La depresión severa no es una tristeza pasajera. Si no se obtiene tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años, sin embargo, un tratamiento adecuado puede ayudar a la mayoría de las personas que sufren de depresión. (26)

La depresión severa es una enfermedad seria que afecta anualmente a 9.9 millones de adultos en Estados Unidos, el equivalente a aproximadamente el 5% de la población. La depresión severa causa más casos de incapacidad en Estados Unidos que cualquier otra enfermedad. Comparado con el número de casos anuales de trastornos depresivos que se presentan en los hombres (3.2 millones), más del doble (6.7 millones) se presentan en mujeres. (26)

Muchas personas creen que la depresión es normal en la vejez, lo cual es una equivocación. Por esta razón, la depresión en los ancianos no se considera un sufrimiento que debiera ser aliviado y que es innecesario para él y para su familia. Muchos de los adultos mayores enmascaran su problema bajo

síntomas somáticos, ya que cuando buscan ayuda por diversos problemas de salud, no mencionan su desesperanza y tristeza y sólo describen sus problemas físicos. Pueden no querer hablar de su falta de interés por las actividades que normalmente deberían ser placenteras, o de sus penas, o del dolor de la muerte de un ser querido.

Resulta inquietante que el suicidio sea común en la población geriátrica y su índice continua en aumento. Entre todos los grupos etarios, los adultos mayores son los que más frecuentemente intentan suicidarse y los que más comúnmente logran hacerlo. (10)

#### **2.4.2. Síntomas**

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infradiagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas.

No existe unanimidad en la literatura sobre si hay síntomas específicos y diferenciales en la depresión del anciano. Los síntomas hipocondríacos aparecen en, aproximadamente, 65% de los ancianos con depresión y tienen relevancia ya que se han descrito como factor de riesgo para el suicidio. Las personas deprimidas de edad avanzada tienen más probabilidades que las jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución, celos) y melancolía.

Así mismo, los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida. Síntomas frecuentemente descritos son: presencia de síntomas psicomotrices (agitación o enlentecimiento), alteraciones cognitivas, anorexia, pérdida de peso y alteraciones de la funcionalidad, lo que redundará en tasas más elevadas de ingresos hospitalarios y en residencias de ancianos, morbilidad de trastornos médicos e incluso mortalidad.

También se ha considerado que los ancianos pueden tener mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos (clásicamente asociados a la depresión endógena o melancólica), como: pérdida de placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento matutino del humor deprimido, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia significativa, pérdida de peso marcada, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados. Las alteraciones cognitivas descritas en ancianos

deprimidos han sido trastornos de la atención, la concentración, del aprendizaje, sobre todo, de la memoria. (27)

Stucchi, S., médico psiquiatra del Hospital Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2010) refiere que los principales signos y síntomas son (28):

- Ánimo depresivo. El deprimido suele sentirse triste la mayor parte del día y casi todos los días. En algunos casos (depresiones melancólicas), el ánimo depresivo no mejora ni con los acontecimientos favorables de la vida, la persona permanece triste "pase lo que pase".
- Pérdida de interés en las actividades. La persona afectada deja de interesarse por lo que antes le agradaba.
- Alteraciones del apetito. Puede haber disminución o aumento del apetito, con las consiguientes variaciones en el peso.
- Alteraciones del sueño. Puede haber insomnio o hipersomnio. El insomnio suele ser del despertar (la persona se despierta considerablemente más temprano que lo habitual y ya no puede volver a dormir).

- Retardo psicomotor. La persona deprimida suele volverse lenta, camina y habla despacio, demora en responder las preguntas que se le hacen. Algunos, sin embargo, presentan aumento de la actividad motora.
- Fatiga o pérdida de energía. La persona siente que no tiene "fuerzas" para realizar sus actividades cotidianas.
- Ideas de minusvalía y de culpa. El deprimido tiende a sentirse inferior a los demás o culpable de las desgracias propias y ajenas ("no sirvo para nada", "todo es por mi culpa").
- Desesperanza. El futuro es visto como algo incierto y sin posibilidades.
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- Ideación suicida. Puede ir desde un vago deseo de morir hasta un plan específico que culmina en la muerte.

Otra literatura revisada refiere que entre los síntomas emocionales asociados con un estado de ánimo depresivo se encuentran las ganas de llorar, irritabilidad, miedo y ansiedad, sensación de fracaso y sentimientos de vacío, soledad o inutilidad, así como pérdida de la satisfacción por la vida. (20)

El aspecto de una persona suele ser indicativo de depresión. Una postura encorvada y el aspecto desaliñado, así como la más evidente expresión triste, pueden ser característicos de depresión. (21)

Las alteraciones de la función cognoscitiva, con síntomas que van desde la dificultad para concentrarse a la pérdida de memoria y confusión, pueden ser la manifestación principal de depresión en un adulto mayor.

También existe relación entre la depresión y los síntomas de los trastornos físicos. En algunos casos el paciente puede no reconocer sus sentimientos de depresión, sino manifestar su malestar emocional a través de síntomas físicos, para los cuales no hay una causa orgánica subyacente. Los síntomas que se observan son muy variados, como dolores de cabeza, dolor musculoesquelético y trastornos digestivos. Este fenómeno, denominado somatización, se produce en gente deprimida de todas las edades, pero se considera especialmente frecuente en los adultos mayores. (20)

Los ejemplos más típicos de estos síntomas somáticos son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso

(del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido.

Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes. (CIE 10, F32: Trastornos del estado de ánimo)

### **2.4.3. Prevención de la depresión en el adulto mayor**

En términos generales, se afirma que toda acción a favor de la salud mental contribuye a prevenir la depresión. Sin embargo, en el marco de la ciencia y la historia de la Salud Pública, las acciones de prevención estarán orientadas a identificar los factores protectores y factores de riesgo y, a detectar los casos de depresión tan pronto como sea posible a fin de garantizarles las mayores posibilidades de recuperación. En tal sentido, la prevención de la depresión, compromete al individuo, familia y a la comunidad en general. (22)

A nivel de la familia: organizar programas educativos a fin de que puedan desarrollar o reforzar los factores protectores al interior de la familia y la comunidad, considerando contenidos educativos tales como: salud mental, autoestima, estilos de comunicación positiva (expresar amor, dar reforzadores positivos, evitar críticas destructivas y actitudes sobreprotectoras), adquisición de valores, habilidades para la solución de problemas, autonomía y toma de decisiones, estructuración del tiempo, uso apropiado del tiempo libre (practicar



ejercicios físicos y deportes, pasatiempos, trabajos manuales, buscar ambientes positivos, personas o lugares, comunicarse con personas optimistas y estimulantes), organización familiar, definición de roles, manejo del estrés, técnicas de relajación, entre las principales.

A nivel de la comunidad, los temas educativos están orientados a: enseñar a los pobladores cómo organizar clubes o asociaciones, según grupos etarios e intereses comunes; promover la organización de eventos socioculturales y recreativos (competencias deportivas, concursos de arte, entre otros).

Asimismo, en coordinación con las autoridades comunales; fomentar la formación de grupos de autoayuda, establecer un programa de educación pública (escolar, universitario, familiar, social) acerca de la depresión para su detección temprana; fomentar escuelas para padres enseñando actitudes que permitan prevenir factores de riesgo y reforzar factores protectores al interior de la familia y comunidad.

Capacitar a los agentes de la comunidad: profesores, promotores de salud, voluntarios, etc., sobre prevención, detección y manejo de la depresión en su nivel de competencia; establecer programas de seguimiento a las personas con intentos suicidas previos; implementar en los establecimientos de salud, servicios telefónicos permanentes a disposición de las personas solitarias o “desesperadas” y ejecutar investigaciones epidemiológicas sobre depresión con

poblaciones de atención primaria (prevalencia, factores de riesgo, creencias, actitudes, etc.).

Actualmente, se observa que la mayoría de centros de salud y diversas instituciones han creado clubs del adulto mayor, en donde realizan diversas actividades en mejora de la calidad de vida de dicha población. Es así, que el Centro Materno Infantil Tablada de Lurín cuenta con el Club del Adulto Mayor “Edad de Oro”, en donde se reúnen cada semana y realizan diversas actividades que el personal de enfermería programa.

Algunos de ellos manifestaron tener preocupaciones por su salud, sentirse aburridos, solitarios y tristes por no contar con apoyo familiar ni económico para poder comprar sus cosas, sentirse viejos, algunos expresaron sus problemas sollozando y lamentándose.

## **2.5. Rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor**

La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital es lo que caracteriza a la disciplina enfermera, siendo la enfermería geronto-geriátrica la que aborda el cuidado del anciano.

La ancianidad es una etapa en la vida de la persona, pero resulta difícil precisar su inicio dada la diversidad de criterios que pueden ser tenidos en cuenta. Criterios laborales o de producción más o menos coincidentes con un declive de las capacidades físicas y mentales del individuo han sido

tradicionalmente utilizados en el sistema sanitario para marcar el inicio de la ancianidad (65 años = jubilación laboral = anciano) y en consecuencia modificar la oferta de asistencia y prestaciones sanitarias.

Los 65 años pueden continuar siendo un criterio laboral, pero no válido cuando se trata de orientar los programas de asistencia sanitaria dirigidos al anciano. (29)

Según Carnevali, en el año 1970 se inicia una atención especializada de enfermería al anciano. Los cuidados de enfermería se dirigen tanto al anciano sano como al enfermo. Ello responde al hecho de que el paradigma de la categorización para el que la salud es sinónimo de ausencia de enfermedad es abandonado y el quehacer de la enfermera se orienta hacia una concepción de salud y enfermedad como dos entidades distintas que coexisten y se encuentran en interacción dinámica (paradigma de la integración) o, hacia la inspirada desde el paradigma de la transformación que concibe la salud como una experiencia que considera al ser humano y su entorno como unidad global.

Según lo dicho, la enfermera debe participar en programas de promoción, prevención mantenimiento o restablecimiento de la salud del anciano sano o enfermo. Sin embargo, descubrimos que la mayor parte de los programas en los que participan están dirigidos a ancianos que presentan alguna patología, siendo curiosamente el Programa de Atención Domiciliaria el que acoge a un importante número de ancianos que denominaríamos sanos pero que, en razón

del propio proceso de envejecer o por barreras arquitectónicas, son incluidos en el programa.

El ámbito en el que se desarrolla el cuidado del anciano es diverso. Residencias de ancianos, centros de jubilados, centros de salud, hospitales, viviendas comunitarias y sin duda el domicilio, constituyen los puntos de encuentro entre la enfermera y el anciano.

La enfermera de atención primaria desarrolla su trabajo en dos ámbitos principales: el centro de salud y el domicilio. En el centro de salud, realiza actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad así como de mantenimiento o rehabilitación, a través de los programas de crónicos y por tanto dirigido a ancianos con alguna patología e incluso polipatológicos, siendo excepcional la existencia de programas también orientados al anciano sano (ej. programa de vacunación antigripal).

Aunque parezca contradictorio, en ocasiones, la enfermera aborda el cuidado del anciano sano desde el Programa de Atención Domiciliaria. Esto se explica porque un criterio de inclusión es la incapacidad de la persona para desplazarse al centro de salud y, en este sentido, las barreras arquitectónicas juegan un papel determinante incluso más importante que la propia salud. (30)

### **F.3. Definición Operacional de Términos**

- Adulto mayor: persona de sexo femenino o masculino de 60 años a más que acude al C. S. Materno Infantil Tablada de Lurín y que forma parte del Club de adultos mayores “Edad de Oro”.
- Factores biopsicosociales: elementos de carácter biológico, psicológico y social que caracteriza al entorno próximo del adulto mayor, cuya presencia puede ocasionar respuestas en la conducta, a través de la interacción de fuerzas biológicas y psicológicas internas y las influencias sociales externas.
- Influir: es la tendencia a los cambios o efectos que tiene el adulto mayor después de experimentar disminución en sus capacidades.

### **G. Variables. Operacionalización (Ver Anexo A)**

## **CAPITULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **A. Tipo, Nivel y Método de Estudio**

El presente estudio es de tipo descriptivo de correlación, porque se determinó la influencia que ejercen los factores biopsicosociales sobre el nivel de depresión en los adultos mayores; es de corte transversal, porque permite hacer un corte en el tiempo, observar el comportamiento de las variables.

Es de nivel aplicativo y método cuantitativo, considerando que se mide de manera numérica la influencia de los factores biopsicosociales en los niveles de depresión de los adultos mayores.

#### **B. Descripción del Área de Estudio**

El presente estudio se realizó en el C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, actualmente ubicado en Av. Los Incas Cdra. 3 en el distrito de Villa María del Triunfo.

Dicha institución cuenta con los servicios de Medicina General, Emergencias, Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano (CRED), Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI), Programa de Tuberculosis, Psicología, Nutrición, Laboratorio, Farmacia. Además de contar con el servicio al Adolescente y el Club de Adultos Mayores “Edad de Oro”. Dicho club se encuentra ubicado dentro del mismo centro de salud y se reúnen semanalmente por la tardes alrededor de la sala de espera a los consultorios.

Asimismo se realizan campañas de salud dirigidas a este grupo etario, dentro de las cuales se atiende gratuitamente, se controla la presión arterial, medida de la vista, revisiones odontológicas corte de cabello, entre otras.

### **C. Población y Muestra**

El Club de Adultos Mayores “Edad de Oro” está conformado por 47 adultos mayores, 14 varones y 33 mujeres, los cuales asisten los días viernes de cada semana a las 3 a 6pm para sus reuniones y está dirigido por el personal de Enfermería (Enfermera Jefe del Centro de Salud y personal técnico de enfermería). Entre las actividades del club se encuentran actividades educativas, terapia de baile, paseos campestres, celebración de cumpleaños, talleres de costura, teatro, actividades físicas, control de peso y presión arterial, entre las principales.

**Criterios de inclusión:**

- Varones y mujeres de 60 años a más.
- Varones y mujeres con capacidad de comprensión.
- Que puedan oír o ver.
- Que hablen el idioma español.
- Que acepten participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

- Personas adultas mayores que por su estado de salud no puedan responder a las preguntas.

**D. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos:** La técnica aplicada fue la entrevista cerrada y los instrumentos un cuestionario y la escala abreviada de depresión del adulto mayor de Yesavage.

El primero, un cuestionario, el cual consta de 3 partes, la primera parte es la presentación, donde se menciona al autor y la importancia de la participación y el agradecimiento. La segunda corresponde a los datos generales del informante y en la tercera se consideran las preguntas de respuestas dicotómicas (Si, No) que responden a los indicadores. Se formularon 29 preguntas, las 12 primeras orientadas a identificar los factores sociales, las



siguientes 12 preguntas acerca de los factores psicológicos y las 5 últimas acerca de los factores biológicos. (Ver anexo B).

El segundo es un instrumento ya validado, adaptado y utilizado comúnmente para identificar depresión en el adulto mayor, es la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage, el cual consta de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (Si y No) para identificar si el adulto mayor presenta depresión y en qué nivel (normal, leve y severa).

La validez del primer instrumento se realizó mediante juicio de expertos a 8 profesionales de Enfermería del área de Psiquiatría, Salud Pública y Psicólogos, y se determinó el grado de concordancia de los jueces mediante la prueba binomial, donde  $p < 0.05$ , por lo que la concordancia es significativa. (Ver Anexo D).

Posteriormente, se realizó la prueba piloto a 10 adultos mayores para verificar la confiabilidad del mismo. Asimismo, se determinó el coeficiente de confiabilidad para el instrumento de medición, utilizando el coeficiente de Consistencia Interna Alfa de Crombach, donde alfa tuvo un valor de 0,832, lo que indica un nivel aceptable de confiabilidad. (Ver Anexo E).

Luego de dar validez y confiabilidad se realizaron los reajustes pertinentes quedando la versión final de los instrumentos para ser aplicado.

## **E. Procedimiento de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos**

Se realizaron las coordinaciones administrativas pertinentes con las autoridades del C.S. Materno Infantil. Tablada de Lurín, solicitando una carta de presentación a la dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, dirigida a la directora de la Escuela, la cual emitió la autorización y solicitud al médico jefe del centro de salud. Asimismo, se conversó con la Enfermera Jefe encargada de dirigir el club de adultos mayores, y otorgue el permiso para la aplicación del instrumento.

La aplicación de los instrumentos se realizó en la sala de espera del centro de salud (lugar donde realizan sus reuniones) los días viernes de cada semana a partir de las 2:30pm hasta las 6pm, hora que termina su reunión. El tiempo programado para la aplicación de ambos instrumentos al grupo objetivo será en 5 semanas aproximadamente.

## **F. Plan de Análisis e Interpretación de datos**

Para el análisis e interpretación de los datos se utilizó la moda y el porcentaje como medidas estadísticas. Se utilizó la moda ya que es la cantidad que más se repite, es decir, la mayor cantidad de factores biológicos, psicológicos o sociales que influyen en la depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín. Y el porcentaje para facilitar en análisis e interpretación.

Asimismo, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado y la regresión logística. De acuerdo a ello se realizaron las respectivas tablas estadísticas, refiriendo los datos más relevantes de la investigación.

#### **G. Consideraciones Éticas**

Se solicitó el permiso de las autoridades para realizar la investigación, así como también se realizó el consentimiento informado de forma verbal a los adultos mayores que participaron en el presente estudio, informándoles la importancia de este para su salud y mejorar su calidad de vida.

### **CAPITULO III**

#### **RESULTADOS Y DISCUSION**

##### **A. RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados que caracterizan la muestra de estudio que estuvo constituida por 44 adultos mayores (AM), evidenciándose que la mayoría fueron de sexo femenino (73%) y la minoría de sexo masculino (27%). En cuanto al estado civil, se encontró que el 41% (18) de AM son viudos, el 38% (17) son casados, el 11% (5) son solteros, el 5% (2) divorciados y el 5% (2) son convivientes.

En relación al grado de instrucción, la mayor proporción de AM presentó primaria, 57% (25), seguidos por secundaria, 20% (9) de AM, el 18% (8) son analfabetos y la menor proporción de AM poseen grado superior, 5% (2).

Según ocupación, se obtuvo que la mayoría de AM realiza labores en su casa, evidenciado por el 45,5% (20), los que realizan trabajos eventuales representaron el 31,8% (14), los que no realizan ningún trabajo fueron el 13,6% (6) y finalmente, la minoría fueron jubilados 9,1% (4). (Ver Anexo F)

**Tabla N° 1**

**Factores Biopsicosociales Que Influyen En Los Niveles De Depresión De  
Los Adultos Mayores Del Centro De Salud Materno Infantil**

**Tablada De Lurín, 2010**

FACTORES	NIVEL DE DEPRESION											
	NORMAL				LEVE				SEVERA			
	No Influye		Influye		No Influye		Influye		No influye		Influye	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BIOLOGICO	11	25	3	6,8	9	20,5	17	38,6	0	0	4	9,1
PSICOLOG.	13	29,5	1	2,3	4	9,1	22	50	0	0	4	9,1
SOCIAL	11	25	3	6,8	11	25	15	34,1	0	0	4	9,1

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del C.S. Materno Infantil

Tablada de Lurin, 2010.

En la tabla N° 1, se evidencian los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, encontrándose el factor biológico en el 6,8% (3) de AM que tienen nivel de depresión normal, es decir, no presentan depresión.

Asimismo, se observa en el 38,6% (17) de AM con nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM con nivel de depresión severa.

El factor psicológico está presente en el 2,3% (1) de AM con nivel de depresión normal, en el 50% (22) de AM con nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM con nivel de depresión severa.

Por último, el factor social influye en el 6,8% (3) de AM que tienen depresión normal, en el 34,1% (15) de AM que tienen nivel de depresión leve y finalmente, en el 9,1% (4) de AM que tienen nivel de depresión severa.

**Tabla N° 2**

**Nivel De Depresión De Los Adultos Mayores Del Centro De Salud  
Materno Infantil Tablada De Lurín, 2010**

<b>NIVEL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
NORMAL	14	31,8
LEVE	26	59,1
SEVERA	4	9,1
TOTAL	44	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del C.S. Materno Infantil  
Tablada de Lurín, 2010.

La estimación de los niveles de depresión de los adultos mayores evidenció que la mayoría presentó nivel depresión leve (59,1%), seguidos por los adultos mayores con nivel normal de depresión (31,8%), y finalmente, la minoría presentó nivel de depresión severa (9,1%).

**Tabla N° 3**

**Factores Biológicos Que Influyen En Los Niveles De Depresión De Los  
Adultos Mayores Del Centro De Salud Materno Infantil**

**Tablada De Lurín, 2010**

FACTORES		NIVEL DE DEPRESION					
BIOLOGI	COS	NORMAL		LEVE		SEVERA	
		No Influye N° %	Influye N° %	No Influye N° %	Influye N° %	No Influye N° %	Influye N° %
Disminución de la libido		0 0	14 31,8	0 0	26 59,1	0 0	4 9,1
Disfunciones sensoriales		9 20,5	5 11,4	9 20,5	17 38,6	0 0	4 9,1
Enfermedad es crónico- degenerativa		12 27,3	2 4,5	10 22,7	16 36,4	1 2,3	3 6,8
Antecedente s familiares		14 31,8	0 0	23 52,3	3 6,8	0 0	4 9,1

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del C.S. Materno Infantil

Tablada de Lurín, 2010.

En la tabla N° 3, se observan los factores biológicos y sus indicadores que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, evidenciándose que la disminución de la libido se presenta en el 31,8% (14) de AM con nivel de depresión normal, en el 59,1%



(26) de AM con nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM que presentan nivel de depresión severa.

Asimismo, el indicador disfunciones sensoriales se encuentra en el 11,4% (5) de AM con nivel depresión normal, en el 38,6% (17) de AM con nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM que presentan nivel de depresión severa.

Por otro lado, el indicador enfermedades crónico-degenerativas se presenta en el 4,5% (2) de AM con nivel de depresión normal, en el 36,4% (16) de AM con nivel de depresión leve y en el 6,8% (3) AM con nivel de depresión severa.

Finalmente, el indicador antecedentes familiares no se encuentra en ningún adulto mayor (0%) con nivel de depresión normal, a diferencia de los AM con nivel de depresión leve, en el que este indicador se presenta en el 6,8% (3) de AM y en el 9,1% (4) de AM con nivel de depresión severa.

**Tabla N° 4**

**Factores Psicológicos Que Influyen En Los Niveles De Depresión De Los  
Adultos Mayores Del Centro De Salud Materno Infantil Tablada**

**De Lurín, 2010**

<b>FACTOR PSICO LOGIC.</b>	<b>NIVEL DE DEPRESION</b>					
	<b>NORMAL</b>		<b>LEVE</b>		<b>SEVERA</b>	
	<b>No Influye</b>		<b>No Influye</b>		<b>No Influye</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sentimien to de soledad</b>	13	18,2	1	2,3	4	9,1
<b>Sentimien to de inutilidad</b>	12	27,3	2	4,5	10	22,7
<b>Pérdida de memoria</b>	8	18,2	6	13,6	7	15,9
<b>Autoesti ma baja</b>	12	27,3	2	4,5	4	9,1
<b>Sentimien to de impotenci a</b>	4	9,1	10	22,7	9	20,5

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del C.S. Materno Infantil

Tablada de Lurin, 2010.

En la tabla N° 4, se muestran los factores psicológicos y sus indicadores que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, refiriendo que el indicador sentimiento de

soledad se presenta en el 2,3% (1) de AM con nivel normal de depresión, en el 50% (22) de AM con nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM con nivel de depresión severa.

Asimismo, el indicador sentimiento de inutilidad esta presente en el 4,5% (2) de AM que tienen nivel de depresión normal, en el 36,4% (16) de AM con nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM con nivel de depresión severa.

Por otro lado, el indicador pérdida de memoria se presenta en el 13,6% (6) de AM que tienen nivel de depresión normal, en el 43,2% (19) de AM con nivel de depresión leve y en el 6,8% (3) de AM con nivel de depresión severa.

Con respecto al autoestima baja, se muestra que dicho indicador está presente en el 4,5% (2) de AM con nivel de depresión normal, en el 50% (22) de AM con nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM que tienen nivel de depresión severa.

Finalmente, el indicador sentimiento de impotencia se presenta el 22,7% (10) de AM con nivel de depresión normal, en el 38,6% (17) de AM que presentan nivel de depresión leve y en el 6,8% (3) de AM con nivel de depresión severa.

**Tabla N° 5**

**Factores Sociales Que Influyen En Los Niveles De Depresión De Los  
Adultos Mayores del Centro de Salud Materno Infantil**

**Tablada de Lurín, 2010.**

<b>FACTORES SOCIALES</b>	<b>NIVEL DE DEPRESION</b>					
	<b>NORMAL</b>		<b>LEVE</b>		<b>SEVERA</b>	
	<b>No Influye</b>	<b>Influye</b>	<b>No Influye</b>	<b>Influye</b>	<b>No Influye</b>	<b>Influye</b>
	<b>Nº %</b>	<b>Nº %</b>	<b>Nº %</b>	<b>Nº %</b>	<b>Nº %</b>	<b>Nº %</b>
<b>Perdida del cónyuge</b>	4 9,1	10 22,7	2 4,5	24 54,6	1 2,3	3 6,8
<b>Dificultades económicas</b>	4 9,1	10 22,7	0 0	26 59,1	0 0	4 9,1
<b>Discriminación</b>	11 25	3 6,8	10 22,7	16 36,4	1 2,3	3 6,8
<b>Alejamiento de hijos familiares</b>	11 25	3 6,8	10 22,7	16 36,4	0 0	4 9,1
<b>Maltrato familiar</b>	12 27,3	2 4,5	17 38,6	9 20,5	1 2,3	3 6,8
<b>Reconocimiento familiar</b>	6 13,6	8 18,2	7 15,9	19 43,2	0 0	4 9,1

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del C.S. Materno Infantil

Tablada de Lurín, 2010.

En la tabla N° 5, se observan los factores sociales y sus indicadores que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, siendo la pérdida del cónyuge el indicador que se presenta en el 22,7% (10) de AM con nivel de depresión normal, en el 54,6%

(24) de AM con nivel de depresión leve y en el 6,8% (3) de AM que presentan nivel de depresión severa.

Asimismo, se evidencia que el indicador dificultades económicas se presenta en el 22,7% (10) de AM que tienen nivel de depresión normal, en el 59,1% (26) de AM con nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM que tienen nivel de depresión severa.

Por otro lado, el indicador discriminación se presenta en el 6,8% (3) de AM con nivel de depresión normal, en el 36,4% (16) de AM con nivel de depresión leve y en el 6,8% (3) de AM que tienen nivel de depresión severa.

Con respecto al indicador alejamiento de los hijos, familiares, se presenta en el 6,8% (3) de AM con nivel de depresión normal, en el 36,4% (16) de AM que presentan nivel de depresión leve y en el 9,1% (4) de AM con nivel de depresión severa.

En relación al maltrato familiar, se muestra que dicho indicador se presenta en el 4,5% (2) de AM con nivel de depresión normal, en el 20,5% (9) de AM con nivel de depresión leve y en el 6,8% (3) de AM que tienen nivel de depresión severa.

Finalmente, el indicador reconocimiento familiar se presenta en un 18,2% (8) de AM con nivel de depresión normal, en el 43,2% (19) de AM que

presentan nivel de depresión leve y en un 9,1% (4) de AM que tienen nivel de depresión severa.

## **B. DISCUSION**

Existen factores biopsicosociales que influyen en la depresión de los adultos mayores, siendo estos elementos de carácter biológico, psicológico y social que caracterizan al entorno próximo del adulto mayor y cuya presencia ocasionan respuestas en la conducta, a través de la interacción de fuerzas biológicas y psicológicas internas y las influencias sociales externas, causando en algunos casos depresión (13).

Se entiende que la depresión en el adulto mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la pérdida de interés o placer por las actividades y pasatiempos habituales (14). Según Kennedy, Colin y Weisser, la depresión es una enfermedad que tiene impacto profundo en la calidad de vida de una persona, en su habilidad de trabajar y en su felicidad general. (24)

En relación a los factores biopsicosociales, se encontró que el factor psicológico es aquel que se presenta en mayor porcentaje en los niveles de depresión del adulto mayor, dado por el 50% (22) de AM con nivel de depresión leve. Seguido a ello, el factor biológico se presenta en el 38,6% (17) de AM con de depresión leve, y en menor porcentaje el factor social en el

34,1% (15) de AM de igual manera en el nivel de depresión leve. A diferencia de los resultados encontrados por Oquendo, M. y Soublet, O., en Chile, 1999, en su estudio “¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?, el cual refiere que las causas predominantes de depresión fueron la social y la biológica (15).

Por otro lado, tal y como afirma Rivas, R. en su estudio realizado en el Hospital Dos de Mayo, 2008, en el que los pacientes presentan una percepción medianamente favorable sobre su proceso de envejecimiento, lo que significa que este grupo acepta parcialmente los cambios físico-orgánicos, psicológicos y sociales, es decir, todavía se aceptan a sí mismo como valiosos, autónomos y útiles para los demás (11). Sin embargo, existe un alto porcentaje de adultos mayores que presentan depresión, tal situación se debe a que no todos asimilan adecuadamente los factores biopsicosociales.

En relación a los niveles de depresión, se encontró que de los 44 adultos mayores, un 59,1% (26) de AM presentan depresión leve, siendo este el mayor porcentaje encontrado. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) la depresión leve se caracteriza por síntomas de tristeza, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar y aumento de la fatigabilidad (25). Resultados similares fueron referidos por Vásquez, S. en su trabajo “Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un Hospital de Día

de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2008, donde de un total de 160 pacientes, 40 presentaron depresión leve-moderada (12).

Situación que amerita atención por cuanto la depresión es la principal causa de sufrimiento y de la considerable disminución de la calidad de vida de los adultos mayores.

El 9,1% (4) de AM tuvieron nivel de depresión severa y se evidenció que los factores biológico, psicológico y social se presentan en similar proporción. Siendo la depresión severa una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, pensamiento y movimiento. Asimismo, Vásquez, S. reafirma tales resultados, reflejados en que el 18,8% (30) de pacientes presentaron depresión severa (12). Si esta enfermedad no se cura a tiempo puede durar semanas, meses o años alterando la calidad de vida de los adultos mayores.

A pesar que son un pequeño grupo, no hay que dejarlos de lado, ya que una de las graves consecuencias de la depresión en los adultos mayores es el suicidio. El adulto mayor se siente tan desesperado, inútil, una carga social, se ve perdido, sin razones por las que seguir viviendo y por ello no encuentran otra salida más que la muerte.



Durante el proceso de envejecimiento se presentan diversos cambios, dentro de los cuales el factor psicológico es aquel que influye más en los niveles de depresión de los adultos mayores, por lo que las alteraciones en el estado de ánimo y en los procesos intelectuales predominan en este grupo etario, lo que conlleva a que presenten ánimo decaído, se aíslan, no se sienten útiles y no saben apreciar el gran valor que son para sus familiares y para la sociedad entera, todo ello influye a que presenten algún nivel de depresión.

Los cambios psicológicos que se presentan en los adultos mayores son alteraciones en la memoria y en los procesos intelectuales, alteraciones del estado de ánimo, sentimiento de soledad, sentimiento de inutilidad, sentimiento de impotencia, pérdida de memoria y autoestima, siendo ellos los principales indicadores del factor psicológico que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores.

Se obtuvo que los indicadores sentimiento de soledad y autoestima baja están presentes en el 50% (22) de los AM con nivel de depresión leve, siendo estos los porcentajes más elevados en dicho nivel. La persona adulta mayor experimenta necesidad de seguridad, sentimientos de impotencia para satisfacer sus necesidades, lo cual le provoca frustración, miedo e infelicidad.

Se deduce que, si dichos factores psicológicos persisten por mucho tiempo pueden agravar el nivel de depresión, y por lo general no todos los adultos mayores expresan sus sentimientos, ideas ni proyectos por lo que se aíslan y no

se dejan ayudar. Por ello, la presencia de centros de salud y agrupaciones de adultos mayores es una buena alternativa para que ellos mismos se desarrollen dentro de su entorno y se sientan importantes y útiles consigo mismos y con la sociedad.

Por otro lado, en relación al factor biológico, cabe mencionar que con el pasar de los años el organismo sufre diversas alteraciones en cuanto a la anatomía general, se presentan enfermedades crónico-degenerativas, disminución de la libido, disfunciones sensoriales y antecedentes familiares, siendo estos los principales indicadores que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores.

Se encontró que el indicador disminución de la libido es aquel que se presenta mayoritariamente en los adultos mayores con nivel de depresión leve (59,1%). Actualmente, es poco frecuente que los adultos mayores consulten por alteraciones en su sexualidad, por lo que ellos mismos afrontan este proceso, y en algunos casos no es adecuadamente sobrellevado, causándoles depresión.

A su vez, la aparición de los trastornos y discapacidades físicas suele tener consecuencias afectivas negativas, la presencia de alteraciones disminuye las posibilidades de autonomía funcional, incrementa las necesidades de dependencia, y al mismo tiempo fomenta el aislamiento social que los conlleva a presentar sentimientos de soledad.

La mayoría de adultos mayores no aceptan los cambios físicos que ocurren al envejecer y todas sus consecuencias como el enlentecimiento, disfunciones sensoriales, enfermedades, disminución en el deseo sexual, por lo que el factor biológico es un gran influyente en el comportamiento depresivo del adulto mayor.

Por otro lado, en la sociedad contemporánea, junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen, algunos de ellos son la pérdida de la ocupación, dificultades económicas, deterioro de la identidad social, pérdida del cónyuge, alejamiento de los hijos, familiares, discriminación, maltrato familiar y reconocimiento familiar, siendo estos los principales indicadores dentro del factor social.

En el estudio, se obtuvo que el indicador dificultad económica es aquel que mayoritariamente está presente en los adultos mayores con nivel de depresión leve (54,6%), siendo este el porcentaje más elevado en dicho nivel. Ello debido a que la sociedad ve a los jubilados como cargas, se presentan situaciones de estreches económica ya que las jubilaciones y pensiones son mucho menores a los ingresos que recibían anteriormente o simplemente el no tener el dinero necesario para adquirir sus cosas y no poder conseguir un trabajo estable conlleva a los adultos mayores a un estado depresivo.

Por tanto, el factor social influye en un gran porcentaje de adultos mayores para presenten depresión de los adultos mayores debido a que la sociedad desconoce su reincorporación y aprecio a todo el esfuerzo que durante años realizaron, la larga experiencia y sabiduría que tienen, todo ello evidencia que la mayoría de personas menosprecian su situación y no colaboran a que los adultos mayores asuman su envejecimiento como un proceso normal.

Asimismo, como asevera Roldan, R. en su estudio “Vivencias de los adultos mayores frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas, Perú, 2007, no hay cohesión entre la sociedad y la familia, siendo esta otra de las causas para que los adultos mayores presenten depresión.

Todas las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores y restringen las oportunidades de desarrollar sus habilidades y potencialidades, restringiéndose la posibilidad de controlar y ejercer su vida plenamente, por lo que ellos mismos, con ayuda de la sociedad, deben adaptarse adecuadamente a esta crisis de desarrollo para que alcancen un envejecimiento satisfactorio y saludable y con la calidad de vida que todo ser humano se merece.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- El factor psicológico es aquel que se presentó mayoritariamente en los adultos mayores con nivel de depresión leve, y minoritariamente el factor social. Siendo los factores biopsicosociales aquellos elementos de carácter biológico, psicológico y social que tienen un carácter impulsor para desencadenar la depresión en el adulto mayor.
- La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, alteraciones en la funcionalidad, pérdida de placer, entre otras y ocasiona una disminución en la calidad de vida de la persona que la presenta.

- La disminución de la libido fue el indicador del factor biológico que se presentó en mayor proporción en los adultos mayores con nivel de depresión leve. Los factores biológicos que influyen en el nivel de depresión de los adultos mayores están representados por los cambios en la anatomía general, la disminución de la libido, disfunción de los sentidos, entre otros.
  
- El sentimiento de soledad y la autoestima baja constituyen los principales indicadores del factor psicológico que se presentan mayoritariamente en los adultos mayores con nivel de depresión leve. Dentro de los factores psicológicos se encuentran las alteraciones en los procesos intelectuales como la pérdida de memoria, autoestima, sentimientos de soledad, inutilidad e impotencia, entre otros.
  
- Las dificultades económicas es el indicador más relevante del factor social y que se presentó en mayor porcentaje de adultos mayores con nivel de depresión leve. Los factores sociales que se presentan principalmente son la pérdida del cónyuge, dificultades económicas, discriminación, alejamiento de familiares, entre otros.

## **LIMITACIONES**

- Ha permitido analizar la situación en la sede de estudio, no pudiéndose generalizar estos datos a otras poblaciones.

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar trabajos de investigación relacionados a la depresión, autocuidado, vivencias y sentimientos de los adultos mayores, por ser una población que viene en un rápido crecimiento y que atraviesan por un proceso de envejecimiento inevitable, a fin de brindar bienestar y seguridad a este grupo en riesgo.
- Mejorar, implementar o proponer nuevas las estrategias dirigidas a los adultos mayores para poder mejorar su salud y gozar de la calidad de vida que se merece este grupo en riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Panorama epidemiológico del adulto mayor en México en el 2005. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Epidemiología, Sistema único de información,. N. 8, Volumen 23, Semana 8, México 2006. ISSN 1405-2636 Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2006/sem08/pdf/edit0806.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, D.F. 2007. [serial online] 2007. México [Citado 20 julio 2010]; disponible en: Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/edad07.pdf>
3. Enfoque Estadístico – Adulto Mayor - Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. Chile, 2007. [serial online] 2007. Chile [Citado 25 Mayo 2010]; disponible en: Disponible [http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf)
4. Informe Técnico N° 1, Marzo 2010. Situación de la niñez y del adulto mayor, Octubre, Noviembre, Diciembre, 2009, INEN.
5. Perfil del Adulto Mayor, Perú – Intra II, 2004. Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II-PERÚ, 2004. [serial online] 2010. Perú. [Citado 26 Junio 2010]; disponible en: Disponible: [http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba\\_intraII.pdf](http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba_intraII.pdf)



6. SIMON Staab A., CAMPTON Hedges, L. Enfermería gerontológica. México. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, 1998.
7. LEITON Espinoza, Z., Ordoñez Romero, Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales. MIMDES-INABIF, Perú, 2003. Página 26.
8. Perfil del Adulto Mayor, Perú – Intra II, 2004. Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II-PERÚ, 2004. Página 74. [serial online] 2010. Perú. [Citado 26 Junio 2010]; disponible en: Disponible:  
[http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba\\_intraII.pdf](http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba_intraII.pdf)
9. AGUILAR, Sara y AVILA, Jose. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. En Mediagraphic Literatura Biomédica. [serial online] Junio 2006 2010. Lima. [Citado 10 Diciembre 2010]; disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=16&IDARTICULO=15149&IDPUBLICACION=1554>
10. BURKE, M., WALSH, M. Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del Adulto Mayor. 2da Ed. Washington, DC. Editorial Interamericana, 1998. Pág. 4, 13.
11. RIVAS Huanta, R. Percepción del proceso de envejecimiento que tienen los pacientes adultos mayores que acuden a la atención en consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Dos de Mayo, Diciembre.2008. [tesis de bachiler] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.

12. VASQUEZ, S. Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriatria. Diciembre 2008.
13. BULLON Zegarra, C. Percepción del adulto mayor respecto a la muerte. Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro. Octubre-Noviembre, 2005. [tesis de bachiler] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
14. ROLDAN Monzón, A. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007. [tesis de bachiler] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
15. OQUENDO Maria. “¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?” En Revista Cubana de Enfermería. N° 2. Vol. 19. Mayo-Agosto, 2003. pp. 0-0. ISSN 0864-0319.
16. ZAVALA Mercedes. “Funcionamiento social del adulto mayor” En Revista Ciencia y Enfermería XII. Vol. 2. 2006. 53-62.
17. COSTA, Marino. AGUIÑAGA Alejandro. Programa de atención primaria de la depresión. Módulo educativo sobre trastornos depresivos para médicos generales. MINSA. Programa Nacional de Salud Mental, OPS, INSM Hideyo Delgado Noguchi. Perú. 1998.
18. GUERRA, M. Tópicos selectos en geriatría. Lima, Perú. 2000. Página 34-36.
19. KANE, R., OUSLANDER, J., ABRASS, I.. Geriatria Clínica. 4ta Ed. México. Editorial Mc Graw Hill, 2001. Pág. 138-145.

20. KENNEDY, S., V. SAGAR, Colin, P., M. Shapiro; WEISSER, L. La conquista de la depresión. Canadá. Joco Publicaciones Inc., 1998. Pág. 38-40.
21. Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. OPS, Publicación Científica N° 546. Washington. 1994. Página 57.
22. LOPEZ Trigo, J. La depresión en el paciente anciano. Área de bienestar Social, Ayuntamiento de Málaga, España.
23. MAERINEZ, Jorge et. al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Revista Medifam. N. 10. Vol. 12. Diciembre 2002; 620-630. España. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
24. MAZZETI, P., Del Carmen, J. Dirección general de promoción de la salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de paz- Universidad Cayetano Heredia. Módulo de atención integral en salud mental 6-La depresión. Perú. 2005. Página 5.
25. M.I. Erguza; P. Notivol. Enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. Universidad Pública de Navarra. Área de Enfermería.
26. NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNES. “La depresión severa” NAMI. [serial online] 1996 - 2001 [citado 10 julio 2010]; disponible en:

<http://www.nami.org/Template.cfm?Section=Helpline1&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=4409>

27. PEREZ Martínez V., ARCIA Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Revista Cubana Medicina General Integral [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2010 Ago 02]; 24(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es).
28. Perfil sociodemográfico del Perú, censo nacionales 2007, XI de población, VI de vivienda, INEI, 2da Ed. Lima, Perú. 2008.
29. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. Guía técnica alimentaria para personas adultas mayores. [serial online] 2008. Lima - Perú [Citado 15 junio 2010]. Disponible en: [http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGFC/DPAM/guia\\_nutricional.pdf](http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGFC/DPAM/guia_nutricional.pdf)
30. O'CONNELL H, CHIN A, CUNNINGHAM C y LAWLOR BA. Recent developments: Suicide in older people. . [serial online] 2004. Li [Citado 25 junio 2010]. Disponible en: [http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie\\_10/cie10\\_F32.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_F32.html)

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, Sara y AVILA, Jose. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. En Mediagraphic Literatura Biomédica. [serial online] Junio 2006 2010. Lima. [Citado 10 Diciembre 2010]; disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=16&IDARTICULO=15149&IDPUBLICACION=1554>.
- BULLON Zegarra, C. Percepción del adulto mayor respecto a la muerte. Albergue Central Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro. Octubre-Noviembre, 2005. [tesis de bachiller] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
- BURKE, M., WALSH, M. Enfermería Gerontológica, Cuidados integrales del Adulto Mayor. 2da Ed. Washington, DC. Editorial Interamericana, 1998. Pág. 4, 13.
- COSTA, Marino. AGUIÑAGA Alejandro. Programa de atención primaria de la depresión. Módulo educativo sobre trastornos depresivos para médicos generales. MINSA. Programa Nacional de Salud Mental, OPS, INSM Hideyo Delgado Noguchi. Perú. 1998.
- Enfoque Estadístico – Adulto Mayor - Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. Chile, 2007. [serial online] 2007. Chile [Citado 25 Mayo 2010]; disponible en: [http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf)

- GUERRA, M. Tópicos selectos en geriatría. Lima, Perú. 2000. Página 34 – 36.
- Informe Técnico N° 1, Marzo 2010. Situación de la niñez y del adulto mayor, Octubre, Noviembre, Diciembre, 2009, INEN.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México, D.F. 2007. [serial online] 2007. México [Citado 20 julio 2010]; disponible en: Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/edad07.pdf>
- KANE, R., OUSLANDER, J., ABRASS, I. Geriatría Clínica. 4ta Ed. México. Editorial Mc Graw Hill, 2001. Pág. 138-145.
- KENNEDY, S., V. SAGAR, Colin, P., M. Shapiro; WEISSER, L. La conquista de la depresión. Canadá. Joco Publicaciones Inc., 1998. Pág. 38-40.
- LEITON Espinoza, Z., Ordoñez Romero, Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales. MIMDES-INABIF, Perú, 2003. Página 26.
- LOPEZ Trigo, J. La depresión en el paciente anciano. Área de bien 84 Social, Ayuntamiento de Málaga, España..
- MAERINEZ, Jorge et. al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Revista Medifam. N. 10. Vol. 12. Diciembre 2002; 620-630. España. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

- MAZZETI, P., Del Carmen, J. Dirección general de promoción de la salud. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de paz- Universidad Cayetano Heredia. Módulo de atención integral en salud mental 6-La depresión. Perú. 2005. Página 5.
- M.I. Erguza; P. Notivol. Enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. Universidad Pública de Navarra. Área de Enfermería.
- NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNES. “La depresión severa” NAMI. [serial online] 1996 - 2001 [citado 10 julio 2010]; disponible en: <http://www.nami.org/Template.cfm?Section=Helpline1&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=4409>
- MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL. Guia tecnica alimentaria para persona s adultas mayores. [serial online] 2008. Lima - Perú [Citado 15 junio 2010]. Disponible en: [http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGFC/DPAM/guia\\_nutricional.pdf](http://www.mimdes.gob.pe/files/DIRECCIONES/DGFC/DPAM/guia_nutricional.pdf)
- O`CONNELL H, CHIN A, CUNNINGHAM C y LAWLOR BA. Recent developments: Siucide in older people. . [serial online] 2004. Li [Citado 25 junio 2010]. Disponible en: [http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie\\_10/cie10\\_F32.html](http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_F32.html)
- Organización Panamericana de la Salud. La atención de los ancianos: un desafío para los años 90. OPS, Publicación Científica N° 546. Washington. 1994. Página 57.

- OQUENDO Maria. “¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?” En Revista Cubana de Enfermería. N° 2. Vol. 19. Mayo-Agosto, 2003. pp. 0-0. ISSN 0864-0319.
- Panorama epidemiológico del adulto mayor en México en el 2005. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Epidemiología, Sistema único de información,. N. 8, Volumen 23, Semana 8, México 2006. ISSN 1405-2636  
Disponible en:  
<http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2006/sem08/pdf/edit0806.pdf>
- PEREZ Martínez V., ARCIA Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Revista Cubana Medicina General Integral [revista en la Internet]. 2008 Sep [citado 2010 Ago 02]; 24(3). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es).
- Perfil del Adulto Mayor, Perú – Intra II, 2004. Desarrollando respuestas integradas de los sistemas de cuidados de la salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II-PERÚ, 2004. [serial online] 2010. Perú. [Citado 26 Junio 2010]; disponible en: Disponible:  
[http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba\\_intraII.pdf](http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba_intraII.pdf)
- Perfil sociodemográfico del Perú, censo nacionales 2007, XI de población, VI de vivienda, INEI, 2da Ed. Lima, Perú. 2008.
- RIVAS Huanta, R. Percepción del proceso de envejecimiento que tienen los pacientes adultos mayores que acuden a la atención en consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Dos de Mayo, Diciembre.2008. [tesis de bachiller] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.



- ROLDAN Monzón, A. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007. [tesis de bachiller] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
- SIMON Staab A., CAMPTON Hedges, L. Enfermería gerontológica. México. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, 1998.
- VASQUEZ, S. Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriatria. Diciembre 2008.
- ZAVALA Mercedes. “Funcionamiento social del adulto mayor” En Revista Ciencia y Enfermería XII. Vol. 2. 2006. 53-62.

# ANEXOS

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO	TITULO
A	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES ..... ii
B	CUESTIONARIO ..... vii
C	ESCALA ABREVIADA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE..... xi
D	VALIDEZ DEL INSTRUMENTO..... xiii
E	CONFIABILIDAD: ALFA DE CROMBACH ..... xiv
F	GRAFICOS COMPLEMENTARIOS ..... xvi

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

## Influencia de los factores biopsicosociales en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil

## Tablada de Lurín, 2010

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL
Factores biopsicosociales	Son aquellos elementos de carácter biológico, psicológico y social que caracteriza al entorno próximo del adulto mayor, cuya presencia puede ocasionar respuestas en la conducta, a través de la interacción de	Biológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la libido</li> <li>• Disfunciones sensoriales</li> <li>• Enfermedades crónico-degenerativas</li> <li>• Antecedentes familiares de depresión.</li> </ul>	Elementos de carácter biológico, psicológico y social que influyen en la aparición de la depresión de los adultos mayores que acuden al C.S.M.I. Tablada de Lurín y asisten al Club de Adultos Mayores “Edad de Oro”. Los que	<p>Influye</p> <p>No influye</p>

	fuerzas biológicas y psicológicas internas y las influencias sociales externas.	Psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos de soledad.</li> <li>• Sentimientos de inutilidad.</li> <li>• Pérdida de memoria.</li> <li>• Autoestima.</li> <li>• Sentimientos de impotencia.</li> </ul>	serán identificados mediante la técnica de la entrevista y el instrumento será un cuestionario, el cual consta de datos generales y 29 preguntas. Se realizará en un tiempo de 30 minutos por persona aproximadamente. Y dará como valor final la influencia o no influencia de dichos factores para poder cuantificarlos.	Influye
					No influye
		Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida del cónyuge.</li> <li>• Dificultades económicas, jubilación.</li> <li>• Falta de</li> </ul>		Influye
					No influye

			<p>reconocimiento social.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Discriminación o humillaciones sociales.</li><li>• Alejamiento de los hijos o contactos próximos.</li><li>• Violencia familiar</li></ul>		
--	--	--	--	--	--

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALOR FINAL</b>
Depresión en el adulto mayor	Trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la pérdida de interés o placer por las actividades y pasatiempos habituales. Los síntomas depresivos incluyen tristeza, pesimismo, autocrítica, pensamiento lento, dificultada para concentrarse y alteraciones del apetito y del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción.</li> <li>• Renuncia de actividades.</li> <li>• Soledad.</li> <li>• Aburrimiento.</li> <li>• Estado de ánimo.</li> <li>• Preocupaciones somáticas.</li> <li>• Indecisión.</li> <li>• Retirada social</li> <li>• Fallas de memoria.</li> <li>• Sensación de fracaso.</li> <li>• Bajo nivel de energía</li> <li>• Angustia/desespera</li> </ul>	Es aquel trastorno del estado de ánimo que presentan los adultos mayores que acuden al C.M.I. Tablada de Lurín y que forman parte del Club de Adultos Mayores “Edad de Oro”. La depresión en dicho grupo será evaluada a través de la Escala abreviada de depresión del adulto mayor de Yesavage, la cual consta de 15 preguntas y dará un valor final: Normal (0-5), Depresión leve: (6-9) y Depresión establecida (10 a mas). Será aplicada en un	Normal (0-5)  Depresión leve: (6-9)  Depresión severa (10 a mas).

		ción.	tiempo de 10 minutos aproximadamente, de acuerdo al grado de comprensión y colaboración de los adultos mayores.	
--	--	-------	---	--



## **ANEXO B**

### **CUESTIONARIO**

#### **PRESENTACIÓN**

Buenas tardes, mi nombre es Kelly Francia Ruelas, soy estudiante de Enfermería de la UNMSM y en esta oportunidad estoy realizando un estudio de investigación para obtener información acerca de algunos aspectos de su vida diaria para determinar cómo se encuentra su estado de ánimo, para lo cual pido su colaboración para hacerle algunas preguntas que serán totalmente confidenciales. Agradezco anticipadamente su gentil colaboración.

#### **DATOS GENERALES**

1. Sexo:
  - a) Femenino
  - b) Masculino
  
2. Estado Civil:
  - a) Soltero
  - b) Casado
  - c) Viudo
  - d) Divorciado
  - e) Conviviente
  
3. Grado de instrucción
  - a) Analfabeto
  - b) Primaria
  - c) Secundaria
  - d) Superior
  
4. Ocupación
  - a) Jubilado
  - b) Trabajo eventual
  - c) Su casa
  - d) Ninguna

1. ¿La pérdida de algún ser querido lo hace sentir triste?  
a) Sí                                  b) No
2. ¿Se siente triste porque el dinero no le alcanza para comprar lo que Ud. necesita?  
a) Sí                                  b) No
3. ¿Se siente triste porque ya no cuenta con un trabajo estable?  
a) Sí                                  b) No
4. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por ser adulto mayor?  
a) Sí                                  b) No
5. ¿Lo han hecho sentir triste por ello?  
a) Sí                                  b) No
6. ¿Vive distanciado o ha discutido con algún familiar o ser querido para Ud.?  
a) Sí                                  b) No
7. ¿Eso le hace sentir triste?  
a) Sí                                  b) No
8. ¿Alguna vez le han hecho sentir mal con insultos o burlas?  
a) Sí                                  b) No
9. ¿Alguna vez lo han tratado mal con golpes, jalones de brazo o empujones?  
a) Sí                                  b) No
10. ¿Ha tenido ganas de llorar cuando lo maltrataron?  
a) Sí                                  b) No
11. ¿Siente que sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo?  
a) Sí                                  b) No
12. ¿Se siente triste cuando su trabajo no es reconocido por sus familiares?  
a) Sí                                  b) No
13. ¿Actualmente tiene sentimientos de soledad?  
a) Sí                                  b) No

14. ¿Eso sentimientos de soledad lo llevan a aislarse de sus familiares?  
a) Sí                                      b) No
15. ¿Se siente triste por ello?  
a) Sí                                      b) No
16. ¿Siente que las actividades que realiza han dejado de ser útiles para sus familiares?  
a) Sí                                      b) No
17. ¿Se siente aburrido(a) con las actividades que realiza?  
a) Sí                                      b) No
18. ¿Se siente triste por ello?  
a) Sí                                      b) No
19. ¿El no poder recordar algunas cosas le hacen sentir mal?  
a) Sí                                      b) No
20. ¿Actualmente desearía cambiar algo de su aspecto físico?  
a) Sí                                      b) No
21. ¿Le cuesta trabajo expresar sentimientos de amor y afecto a los demás?  
a) Sí                                      b) No
22. ¿Eso le hace sentir triste?  
a) Sí                                      b) No
23. ¿Siente que ha disminuido su interés por su actividad sexual?  
a) Sí                                      b) No
24. ¿Se siente mal por ello?  
a) Sí                                      b) No
25. ¿Su actividad sexual ha dejado de ser como antes?  
a) Sí                                      b) No
26. ¿Presenta alguna dificultad física para realizar sus actividades?  
a) Sí                                      b) No
27. ¿La dificultad que presenta le genera tristeza?  
a) Sí                                      b) No
28. ¿Actualmente presenta alguna enfermedad crónica grave y eso le hace sentir triste?

a) Sí

b) No

29. ¿Sabe si alguno de sus familiares ha sufrido de depresión?

a) Sí

b) No

## ANEXO C

### Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta	
	SÍ	NO
¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?		
¿Siente que su vida está vacía?		
¿Se encuentra a menudo aburrido?		
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?		
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?		
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?		
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?		
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?		
¿Cree que es agradable estar vivo?		

¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?		
¿Se siente lleno de energía?		
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?		
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?		

**Puntuación:** Se asignará un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valorará como sigue:

0-5: Normal

6-9: Depresión leve

10 a más: Depresión severa

## ANEXO D

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Se consideró 8 expertos, a quienes se les entregó el instrumento de medición donde evaluaron el contenido.

CRITERIO DE EXPERTOS									
CRITERIO	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	Valor de P
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0039
El instrumento responde a los objetivos del estudio	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0039
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	0	0	1	1	1	0,1445
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1	1	1	1	1	1	0	1	0,0039
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	0	0	1	1	1	0,1445
Los ítems son claros y entendibles	1	0	1	0	1	1	1	1	0,1445
El numero de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	1	1	1	1	1	0,0039

Consideraciones:

- ✓ Las observaciones realizadas por el juez 2, es la “correcciones de ítems”.
- ✓ Las observaciones realizadas por el juez 4, es la “mejorar secuencia ya que son adultos mayores”.
- ✓ Las observaciones realizadas por el juez 5.

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa

En este ítem  $p > 0.05$ , la concordancia no es significativa. Se revisará la elaboración, contenido del ítem, realizando los reajustes necesarios para su inclusión en la versión final del instrumento.

**Favorable: 1 (SI)      Desfavorable: 0 (NO)**

**ANEXO E**  
**ALFA DE CROMBACH**

ÍNDICE DE CONSISTENCIA INTERNA:

ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left| 1 - \frac{\Sigma Var}{VarTotal} \right|$$

$$\alpha = \frac{13}{12} \left| 1 - \frac{2,65}{11,32} \right| = 0,832$$

<b>Estadística de Confiabilidad del instrumento</b>		
<b>PROGRAMA SPSS</b>		
Cronbach's Alpha		
Cronbach's Alpha	Based on Standardized Items	N of Items
0,83	0,823	13



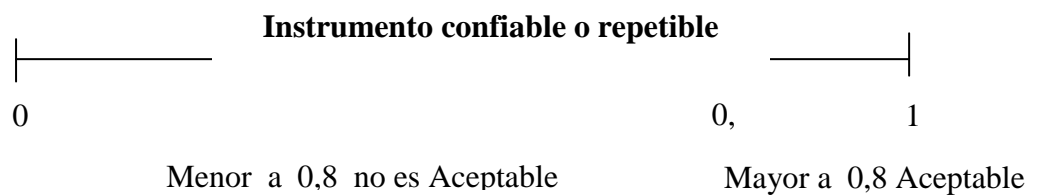
Análisis por cada Ítem, programa Estadístico SPSS

<b>Item-Total Statistics</b>	<b>Corrected Item-Total Correlation</b>	<b>Cronbach's Alpha if Item Deleted</b>
Pérdida del cónyuge	,351	,826
Dificultades económicas	,281	,830
Discriminación	,687	,801
Alejamiento de los hijos	,361	,828
Maltrato familiar	,468	,819
Reconocimiento familiar	,306	,830
Sentimiento de soledad	,625	,806
Sentimiento de inutilidad	,599	,808
Perdida de la memoria	,518	,815
Autoestima	,433	,822
Disfunciones sensoriales	,491	,817
Enfermedad crónico- degenerativas	,700	,800
Antecedentes familiares	,277	,831

Las preguntas en amarillo indican buena correlación al instrumento, y las que en el modelo de regresión logístico aportan a explicar mejor el modelo.

Las preguntas en rojo indican la baja correlación (variación) que proporcionan las preguntas al instrumento, las cuales es importante volverlas a plantear, mejorarlas o eliminarlas según criterio de las investigadoras, porque en la supuesta eliminación, observamos el aumento de la confiabilidad sin ser significativamente diferente.

En términos generales, el instrumento arroja un alfa de 0,832 lo que indica un nivel aceptable de confiabilidad.



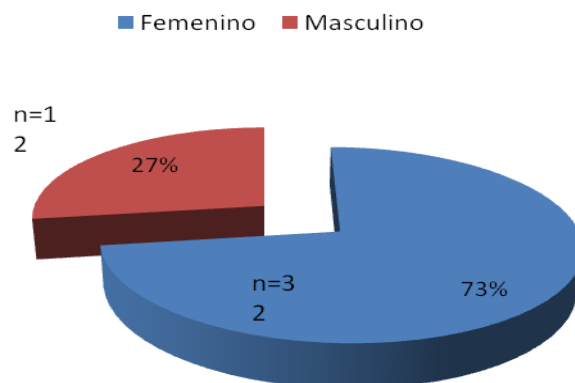
## ANEXO F

### GRÁFICOS COMPLEMENTARIOS

#### Análisis descriptivo: Chi Cuadrado

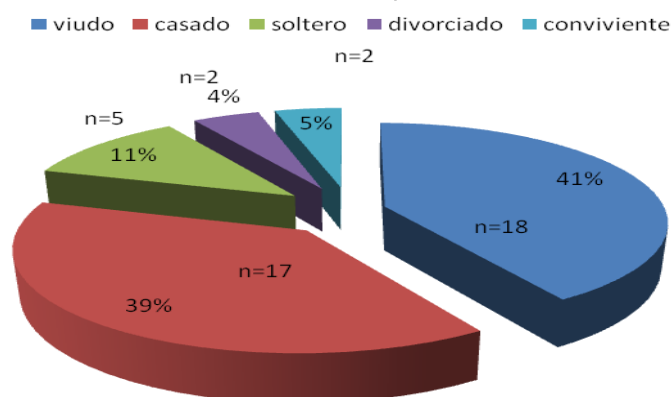
Con los resultados del instrumento de aplicación se procedió analizar los Factores demográficos además de los factores biológicos, psicológicos y sociales con la variable dependiente depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín en el año 2010, obteniendo los siguientes hallazgos:

Grafico N°1 Distribucion porcentual de los adultos mayores por sexo del C.S. Materno Infantil, 2010.



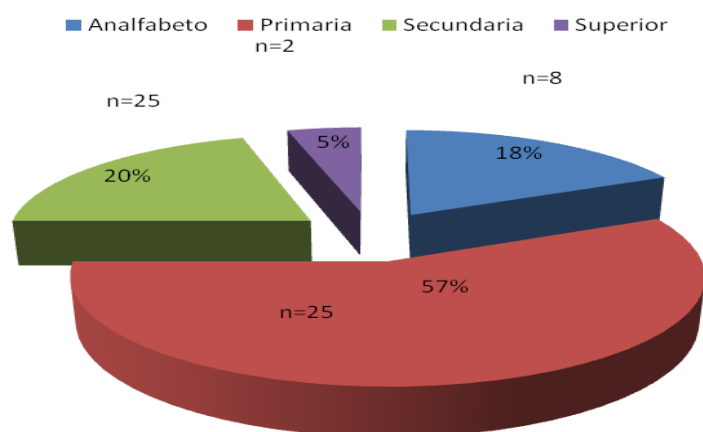
El 73% (32) de AM en el estudio son de sexo femenino, y el 27% (12) de AM son de sexo masculino.

Grafico N°2 Distribucion porcentual de los adultos mayores por estado civil del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurin, 2010



El estado civil de los adultos mayores que se atienden en el C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín y forman parte del grupo de adultos mayores “Edad de Oro” son viudos el 41% (18) de AM, el 38% (17) de AM son casados; 11% son solteros (5), 4% (2 AM) son divorciados y un 5% (2) de AM son convivientes.

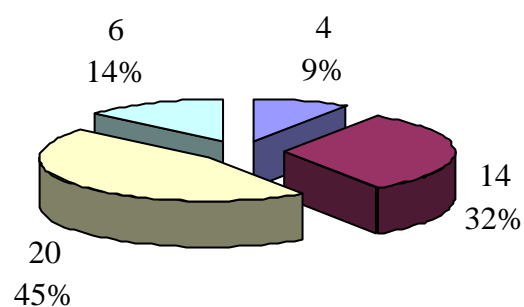
Grafica N°3 Distribución de adultos mayores por grado de instrucción del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurin, 2010



El 57% (25) de AM tienen grado de instrucción primaria, el 20% (9) de AM tienen grado de instrucción secundaria, el 5% (2) de AM tienen grado superior y el 18% (8) de AM son analfabetos.

Gráfico N° 4 Distribución porcentual de los adultos mayores por ocupación del C.S. Materno Infantil  
Tablada de Lurín, 2010

■ jubilado ■ eventual ■ casa ■ ninguno



Se encontró que el 45,5% (20) de AM realiza labores en su casa, el 31,8% (14) realizan trabajos eventuales, el 13,6% (6) no realiza ningún trabajo y finalmente, el 9,1% (4) son jubilados.

Tabla N° 1 Asociación entre Sexo y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Sexo	Depresión				Total	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Femenino	22	73,3	10	71,4	32	72,7
Masculino	8	26,7	4	28,6	12	27,3
Total	30	68	14	32	44	100

Chi Cuadrado=0,017 gl=1 P valor= 0,895

Observamos que el estado de la depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín es simplemente abrumador. El 68% (30) de adultos mayores presentan algún nivel de depresión.

Tabla N° 2 Asociación entre Estado civil y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

E. Civil	Depresión				Total	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
Soltero	5	16,7	0	0	5	11,4
Casado	10	33,3	7	50	17	38,6
Viudo	12	40	6	42,9	18	40,9
Divorciado	1	3,3	1	7,1	2	4,5
Conviviente	2	6,7	0	0	2	4,5
Total	30	100	14	100	44	100

Chi Cuadrado=4,3 gl=4 P valor= 0,37

Observamos no existencia de asociación, entre estas dos variables encontramos un significativo porcentaje de adultos mayores deprimidos en los adultos mayores viudos 40% (12), 33,3% (10) casados.

Tabla N° 3 Asociación entre Grado de instrucción y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Grado de Instrucción	Depresión				Total	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	8	26,7	0	0	8	18,2
Primaria	15	50,0	10	71,4	25	56,8
Secundaria	5	16,7	4	28,6	9	20,5
Superior	2	6,7	0	0	2	4,5
Total	30	100,0	14	100,0	44	100,0

Chi Cuadrado=4,3 gl=4 P valor= 0,37

La depresión no se encuentra asociada con el nivel de instrucción de los adultos mayores, aunque si observamos mayor presencia en los niveles de instrucción primaria.

Tabla N° 4 Asociación entre Ocupación y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Ocupación	Depresión				Total	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
Jubilado	2	6,7	2	14,3	4	9,1
Eventual	9	30,0	5	35,7	14	31,8
Casa	14	46,7	6	42,9	20	45,5
Ninguno	5	16,7	1	7,1	6	13,6
Total	30	100,0	14	100,0	44	100,0

Chi Cuadrado=1,4 gl=3 P valor= 0,712

La variable ocupación del adulto mayor no se encuentra asociada con la depresión. Aunque observamos el 46,7% (14 casos) de depresión en los adultos mayores que se quedan en sus casas.

## FACTORES BIOLÓGICOS

Tabla N° 5 Asociación entre Disminución de la libido y Depresión

Disminución de la libido	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	9	8	17
	30,0%	57,1%	38,6%
Influye	21	6	27
	70,0%	42,9%	61,4%
Total	30	14	44
	100,0%	100,0%	100,0%
Chi Cuadrado=2,96 gl=1 P valor= 0,085			

Se observa que la disfunción de sensibilidad sí influye en el 70% de los adultos mayores, siendo éste un porcentaje elevado.

Tabla N° 6 Asociación entre Enfermedad crónica y Depresión los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurí 2010

Enfermedad crónica	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	11	12	23
	36,7%	85,7%	52,3%
Influye	19	2	21
	63,3%	14,3%	47,7%
Total	30	14	44
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi Cuadrado=9,2 gl=1 P valor= 0,002

Observamos evidencia para indicar asociación de variables enfermedad crónica y presencia de depresión, de 21 casos 19 presentan depresión, y de 23 casos que no presentan alguna enfermedad crónica 12 casos no tienen depresión.

Tabla N° 7 Asociación entre Antecedente familiar y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil  
Tablada de Lurín, 2010

Antecedente familiar	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	23 76,7%	14 100,0%	37 84,1%
Influye	7 23,3%	0 ,0%	7 15,9%
Total	30 100,0%	14 100,0%	44 100,0%

Chi Cuadrado=3,88 gl=1 P valor= 0,049

No hay evidencia de asociación estadística entre las variables



## FACTORES PSICOLÓGICOS

Tabla N° 8 Asociación entre Sentimiento de soledad y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Sentimiento de soledad	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	4	13	17
	13,3%	92,9%	38,6%
Influye	26	1	27
	86,7%	7,1%	61,4%
Total	30	14	44
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi Cuadrado=26,5 gl=1 P valor= 0,00

Existe evidencia estadística de la asociación de variables sentimiento de soledad y la presencia de depresión, observamos de 27 adultos que presentan el sentimiento de soledad 26 de ellos presentan depresión; Las que podrían incidir en el sentimiento de soledad es el alejamiento de los hijos, sentimiento de inutilidad, maltrato familiar, puesto se encuentran asociadas estadísticamente.

Tabla N° 9 Asociación entre Sentimiento de inutilidad y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Sentimiento de inutilidad	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	10	11	21
	33,3%	78,6%	47,7%
Influye	20	3	23
	66,7%	21,4%	52,3%
Total	30	14	44
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi Cuadrado=7,8 gl=1 P valor= 0,005

El sentimiento de inutilidad se encuentra asociada con la presencia de depresión.

Tabla N° 10 Asociación entre Pérdida de memoria y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Pérdida de memoria	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	8 26,7%	8 57,1%	16 36,4%
Influye	22 73,3%	6 42,9%	28 63,6%
Total	30 100,0%	14 100,0%	44 100,0%

Chi Cuadrado=3,8 gl=1 P valor= 0,05

No hay evidencia de presencia de depresión en la pérdida de memoria de los adultos mayores.

Tabla N° 11 Asociación entre Autoestima baja y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Autoestima baja	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	0 0%	6 42,9%	6 13,6%
Influye	30 100,0%	8 57,1%	38 86,4%
Total	30 100,0%	14 100,0%	44 100,0%

Chi Cuadrado=3,8 gl=1 P valor= 0,05

Se observa que en el 30% de los adultos mayores el nivel de autoestima sí influye en el estado de depresión.

Tabla N° 12 Asociación entre Sentimiento de impotencia y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Sentimiento de impotencia	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	9 30,0%	8 57,1%	17 38,6%
Influye	21 70,0%	6 42,9%	27 61,4%
Total	30 100,0%	14 100,0%	44 100,0%

Chi Cuadrado=2,96 gl=1 P valor= 0,085

Se observa que la disfunción de sensibilidad sí influye en el 70% de los adultos mayores, siendo éste un porcentaje elevado

## FACTORES SOCIALES

Tabla N° 13 Asociación entre Pérdida de cónyuge y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Pérdida del cónyuge	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	3 10,0%	4 28,6%	7 15,9%
Influye	27 90,0%	10 71,4%	37 84,1%
Total	30 100,0%	14 100,0%	44 100,0%

Chi Cuadrado=2,5 gl=1 P valor= 0,117

No se observa asociación estadística entre ambas variables

Tabla N° 14 Asociación entre Dificultades económicas y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

Dificultades Económicas	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	0 ,0%	3 21,4%	3 6,8%
Influye	30 100,0%	11 78,6%	41 93,2%
Total	30 100,0%	14 100,0%	44 100,0%

Chi Cuadrado=6,9 gl=1 P valor= 0,009

La presencia de dificultades económicas se encuentra asociada con la depresión (30 casos) y no presencia de dificultades económicas con no presencia de depresión.

Tabla N° 15 Asociación entre Discriminación y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

<b>Discriminación</b>	<b>Depresión</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
No influye	9 30,0%	11 78,6%	20 45,5%
Influye	21 70,0%	3 21,4%	24 54,5%
Total	30 100,0%	14 100,0%	44 100,0%

Chi Cuadrado=9,1 gl=1 P valor= 0,003

Los adultos mayores que sienten que son discriminados son los que manifiestan depresión (21 casos) y de los que no son discriminados (11 AM discriminación).

Tabla N° 16 Asociación entre Alejamiento de hijos y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010

<b>Alejamiento de los hijos</b>	<b>Depresión</b>		<b>Total</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
No influye	9 30,0%	11 78,6%	20 45,5%
Influye	21 70,0%	3 21,4%	24 54,5%
Total	30 100,0%	14 100,0%	44 100,0%

Chi Cuadrado=9,1 gl=1 P valor= 0,003

De los 24 adultos mayores que indican que sus hijos se han alejado 21 presentan cuadros depresivos, y de 20 adultos mayores que manifiestan que sus hijos no se han alejado mantienen algún tipo de relación 11 AM, no presentan depresión. Variables sí asociadas estadísticamente.

Tabla N° 17 Asociación entre Maltrato familiar y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil  
Tablada de Lurín, 2010

Maltrato familiar	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	12	11	23
	40,0%	78,6%	52,3%
Influye	18	3	21
	60,0%	21,4%	47,7%
Total	30	14	44
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi Cuadrado=5,7 gl=1 P valor= 0,017

Observamos evidencia de asociación estadística entre ambas variables, de 21 adultos mayores que sufren maltrato familiar, 18 presentan algún nivel de depresión.

Tabla N° 18 Asociación entre Reconocimiento familiar y Depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil  
Tablada de Lurín, 2010

Reconocimiento familiar	Depresión		Total
	SI	NO	
No influye	5	6	11
	16,7%	42,9%	25,0%
Influye	25	8	33
	83,3%	57,1%	75,0%
Total	30	14	44
	100,0%	100,0%	100,0%

Chi Cuadrado=3,5 gl=1 P valor= 0,062

Las variables reconocimiento familiar y estado de depresión no se encuentran asociadas.

## ANÁLISIS EXPLICATIVO

¿Qué Variables explican o predicen la depresión en los adultos mayores?

### REGRESIÓN LOGÍSTICA

#### Codificación Variable

##### Dependiente

Valor Original	Valor Interno
NORMAL	0
DEPRESION	1

#### Codificación de Variables Independiente Categórica

	Frecuencia		Codificación (1)
Sentimiento de Soledad	No influye	17	0
	Influye	27	1
Discriminado	No influye	20	0
	Influye	24	1

#### Resumen del Modelo

-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
21,652 <sup>a</sup>	,532	,745

El modelo de regresión logística explica el 53,2% de la variabilidad total.

Tabla de Clasificación para la predicción c/  
Constante

	NORMAL	DEPRESIÓN	
NORMAL	0	14	,0
DEPRESIÓN	0	30	100,0
Porcentaje en General			68,2

El modelo de regresión solo con la constante predice a los normales como normales, es considerado malo porque tiene 100% de especificidad, y 0% de sensibilidad, mientras que predice a lo que tienen depresión con depresión 100%

Tabla de Clasificación para la predicción c/  
discriminación – Sentimiento de soledad

	NORMAL	DEPRESION	
NORMAL	11	3	78,6
DEPRESION	0	30	100,0
Porcentaje en General			93,2

Son los valores predictivos que son clasificados por el modelo normales y con depresión, la sensibilidad es del 100% efectivamente a todos los depresivos el modelo los clasifico como depresivos, y de los 14 normales el modelo clasifico como normales a 11 lo que representa el 78% de especificidad del modelo para predecir un diagnostico o enfermedad. La predicción del modelo de regresión logística se ve mejorada notoriamente con la inclusión de la variable discriminación y sentimiento de soledad.

REGRESIÓN LOGÍSTICA DEFINITIVO – MÉTODO BACKWARE

<b>Variablen en la Ecuación</b>	B	S.E.	Wald	gl	P valor	Exp(B)	95% IC L.Inf	Exp(B) L. Sup
Discriminación	2,6	1,25	4,20	1	,04	13,0	1,1	151,9
Sentimiento de Soledad	4,7	1,38	11,64	1	,00	112,7	7,5	1701,8
Constante	-2,5	1,05	5,51	1	,02	,1		

OR=Exp(B)=13, es considerado de riesgo y es significativo P valor de 0,04 < 0,05, y el IC no contiene la 1, por lo tanto es considerado de alto riesgo, Un adulto mayor que es discriminado tiene 13 veces más riesgo que el adulto mayor tenga depresión contra uno que no sea discriminado.

Modelo de Regresión Logística Binaria:

$$Y(1,0) = 2,3 * X1(1,0) + 4,47 * X2(1,0) - 2,1E+01$$

1 = presenta la característica      0 = No presenta la característica

Y=Depresión (1,0)

X1=Adulto mayor discriminado (1,0)

X2=Sentimiento de Soledad (1,0)



### REGRESIÓN LOGÍSTICA – PROPUESTO

Variables en la Ecuación	B	S.E.	Wald	gl	P valor	Exp(B)	95% IC Exp(B)	
							L.Inf	L. Sup
Discriminación	2,291	1,3	3,344	1	,07	9,89	,85	115,19
Sentimiento Soledad	4,471	1,4	10,591	1	,00	87,48	5,92	1292,50
Dificultad Económica	19,032	23205,4	6,727E-07	1	1,00	184168,72	,00	.
Constante	-2,120E+01	23205,4	8,349E-07	1	1,00	,00		

Observamos cuando agregamos la variable dificultad económica el modelo antes propuesto se distorsiona el error estándar es 23205,4 OR=Exp(B)=184168,72 y P valor es 0,07 y 1,00 > 0,05 (no significativo).

### REGRESIÓN LOGÍSTICA

Variables en la Ecuación	B	S.E.	Wald	gl	P valor	Exp(B)	95% IC Exp(B)	
							L.Inf	L. Sup
Discriminación	2,46	1,26	3,804	1	,051	11,7	1,0	138,4
Sentimiento Soledad	4,38	1,57	7,803	1	,01	80,0	3,7	1733,2
Alejamiento de los hijos	,52	1,30	,161	1	,69	1,7	,1	21,7
Constante	-2,59	1,12	5,360	1	,02	,1		

Observamos cuando agregamos la variable alejamiento de los hijos, el modelo antes propuesto se distorsiona, el P valor es 0,051 y 0,69 > 0,05 (no significativo).